

DAS KÖRPERLICHE UND SEELISCHE BEFINDEN VON
STOMA-TRÄGERN:
KATAMNESTISCHE UNTERSUCHUNG AN REKTUM-
KARZINOM- UND COLITIS ULCEROSA-PATIENTEN

ANDREAS SÖNNICHSEN

1986

*Diss
München*

Aus der Medizinischen Poliklinik der Universität München

Vorstand: Professor Dr. med. N. Zöllner

DAS KÖRPERLICHE UND SEELISCHE BEFINDEN VON STOMA-TRÄGERN:
KATAMNESTISCHE UNTERSUCHUNG AN REKTUMKARZINOM- UND COLITIS
ULCEROSA - PATIENTEN

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
an der Ludwig Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Andreas Sönnichsen

aus

Gräfelfing

im Jahre 1986

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. med. R. Klußmann

Mitberichterstatter: Prof. Dr. med. N. Zöllner

Dekan: Prof. Dr. med. W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 3. Juni 1986

Meinen Eltern in Dankbarkeit gewidmet

An dieser Stelle möchte ich Herrn Prof. Dr. med. R. Klußmann, Herrn Dr. rer. nat. G. Englert und Frau Englert von der Deutschen ILCO, Herrn Hempel vom Sanitätshaus Hempel in Berlin, Herrn Thieme und Herrn Kampe vom ISB des Universitätsklinikums München-Großhadern, Herrn Prof. Dr. med. H. Denecke und Frau Kollo von der Chirurgischen Klinik des Universitätsklinikums München-Großhadern und meiner Frau Carola für die tatkräftige Unterstützung danken.

Die statistische Auswertung dieser Arbeit erfolgte mit Hilfe der BMDP - Programme, die an der University of California in Los Angeles entwickelt wurden.

Inhaltsverzeichnis

Seite

1.	Einleitung	1
1.1	Colitis ulcerosa	1
1.2	Rektumkarzinom	8
1.3	Betrachtungen zur Problematik einer Stoma-Anlage	15
1.3.1	Chirurgisch-somatische Ausgangs- lage	15
1.3.2	Psychische Ausgangslage	17
1.3.3	Soziale Ausgangslage	20
2.	Hypothesen	21
2.1	Anpassung aller Patienten an das Leben mit dem Stoma	21
2.2	Vergleich zwischen Colitis- und Karzinom-Patienten	22
3.	Angewandte Methoden	24
3.1	Fragebogen	24
3.2	Beschwerden-Liste	26
3.3	Gießen-Test	27
3.4	Signifikanzprüfung	31
3.5	Methodenkritik	32
4.	Beschreibung des Patientenguts	34
4.1	Rücklauf	34
4.2	Verteilung nach Diagnose	35

		Seite
4.3	Sozialdaten	36
4.3.1	Altersverteilung	36
4.3.2	Geschlechtsverteilung	37
4.3.3	Sozialstatus	37
4.3.4	Familienstand	38
4.3.5	Wohnort	39
4.4	Zeitlicher Abstand zur Operation	39
5.	Beschreibung des seelischen und körperlichen Befindens von Anus praeter-Trägern und Darstellung der beeinflussenden Variablen	41
5.1	Ergebnisse der Faktorenanalyse	41
5.1.1	Darstellung und Interpretation der einzelnen Faktoren	42
5.1.2	Bewertung der Faktoren durch Korrelierung mit dem Gießen-Test	50
5.1.3	Interdependenz zwischen Alter und Faktoren	54
5.1.4	Abhängigkeit der Faktoren von anderen Parametern	55
5.2	Einzeldarstellungen der wichtigsten Variablen zur Anpassung an das Leben mit dem Stoma	59
5.2.1	Stimmungslage	60
5.2.2	Soziale Aktivität	62
5.2.3	Beziehungen	63
5.2.4	Partnerschaft	65
5.2.5	Umgang mit dem Stoma	66
5.3	Analyse der Zweitkrankheiten nach der Operation	67
5.3.1	Zweitkrankheiten innerhalb eines Jahres nach der Operation	68

III

	Seite
5.3.2	Zweitkrankheiten, die später auftraten 70
5.3.3	Zweitkrankheiten, die schon vorher bestanden, aber postoperativ verstärkt hervortraten 71
5.3.4	Interdependenz zwischen Zweitkrankheiten und anderen Parametern 73
5.4	Ergebnisse der Beschwerden-Listen 75
5.4.1	Vergleich der prae- und postoperativen Scores mit der Eichstichprobe 75
5.4.2	Interdependenz zwischen BL-Scores und anderen Parametern 76
5.5	Ergebnisse des Gießen-Tests 78
5.6	Weitere Variable, die die Rehabilitation beeinflussen können 79
5.6.1	Praeoperative Aufklärung 79
5.6.2	Prae- und postoperative Betreuung 82
5.6.3	Geschlecht 84
5.6.4	Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit nach der Operation 85
5.6.5	Mitgliedschaft in der ILCO 88
5.6.6	Stomakomplikationen 91
5.6.7	Stuhlregulierende Maßnahmen 93
6.	Vergleich der Colitis- und Karzinom-Patienten 95
6.1	Faktorenanalytische Ergebnisse 95
6.2	Einzeldarstellungen von wichtigen Variablen für die Anpassung an das Leben mit dem Stoma 97
6.2.1	Stimmungslage 97

		Seite
6.2.2	Soziale Aktivität	98
6.2.3	Beziehungen	99
6.2.4	Partnerschaft	99
6.2.5	Umgang mit dem Stoma	101
6.3	Ergebnisse der Beschwerden- Listen	102
6.4	Analyse der Zweitkrankheiten nach der Operation	104
6.5	Vergleich der Skalenwerte im Gießen-Test	108
6.6	Vergleich bezüglich weiterer Variablen	109
6.6.1	Praeoperative Aufklärung	109
6.6.2	Prae- und postoperative Betreuung	110
6.6.3	Berufliche Tätigkeit	111
6.6.4	Stomakomplikationen	112
7.	Diskussion	114
7.1	Allgemeine Ergebnisse	114
7.2	Vergleich zwischen Colitis- und Karzinom-Patienten	125
8.	Zusammenfassung	133
9.	Literaturverzeichnis	137
Anhang:	Fragebogen	146

1. Einleitung

In der vorliegenden Arbeit soll untersucht werden, mit welchen körperlichen und seelischen Problemen sich Anus praeter - Patienten postoperativ auseinandersetzen müssen und von welchen Umständen eine gelungene Bewältigung dieser Probleme abhängt.

Im speziellen sollen die beiden Gruppen "Colitis ulcerosa-Patienten" und "Rektumkarzinom-Patienten" hinsichtlich dieser Bewältigungsproblematik verglichen werden, wobei die Fragen nach einer zumindest partiell psychosomatischen Genese der beiden Erkrankungen und nach einem eventuell stattfindenden Symptomwandel nach Entfernung des psychosomatischen "Zielorgans" mit diskutiert werden.

Als Voraussetzung für die Analyse der postoperativ auftretenden physischen und psychischen Probleme erscheint es wichtig, die unterschiedlichen Voraussetzungen der Patienten mit verschiedenen Grundkrankheiten zu betrachten, sowie die allen Patienten gemeinsame postoperative Ausgangssituation festzustellen. Deshalb sollen zunächst die bei den von uns untersuchten Patienten zu Grunde liegenden Erkrankungen Colitis ulcerosa und Rektumkarzinom hinsichtlich internistischer, chirurgischer und psychosomatischer Aspekte kurz umrissen werden. Sodann folgen Überlegungen zur chirurgisch-somatischen, psychischen und sozialen Ausgangslage nach der Anlage eines Anus praeters.

1.1 Colitis ulcerosa

Die entzündliche Darmerkrankung Colitis ulcerosa ist schon lange bekannt. Ihre erste wissenschaftliche Beschreibung erfolgte 1885 durch den Londoner Arzt William

Henry Allchin (1), der bis 1909 177 Fälle aus dem Raume London publizierte (2). Seither wurden zahlreiche Untersuchungen zur Epidemiologie, Ätiologie, Klinik und Therapie dieses Leidens durchgeführt und veröffentlicht. Trotzdem gibt uns die Krankheit heute noch manches Rätsel auf.

Die Colitis ulcerosa tritt nach neuesten epidemiologischen Studien bevorzugt in städtischen Gebieten zivilisierter Länder mit einer jährlichen Inzidenz von 4 - 10 Neuerkrankungen pro 100000 Einwohner auf. Ihre Häufigkeit scheint insgesamt ständig zuzunehmen (39, 58). Weiße sind häufiger betroffen als andere Rassen. In Lateinamerika, Afrika und Asien ist die Erkrankung extrem selten (33). Der Erkrankungsbeginn liegt am häufigsten im dritten bis vierten Lebensjahrzehnt (58, 12), die Colitis ulcerosa kann jedoch in jedem Alter auftreten.

Die Ätiologie dieser entzündlichen Darmerkrankung ist nach wie vor ungeklärt. Die in 20 - 30 % der Fälle zu beobachtende familiäre Häufung macht das Vorhandensein einer genetischen Disposition wahrscheinlich. Die Assoziation mit dem Histokompatibilitätsantigen HLA B 27 ist umstritten (26, 33).

In neuesten Veröffentlichungen wird über einen eventuell angeborenen Mangel an Mucinen der Subklasse IV berichtet, der für eine erhöhte Anfälligkeit der Kolonschleimhaut verantwortlich sein könnte (40, 57).

In der Vergangenheit wurde eine Vielzahl von Mikroorganismen als Erkrankungserreger angeschuldigt. Beweise, die das Koch'sche Postulat erfüllen, konnten jedoch bisher nicht angetreten werden. Besonders wurden mehrfach L-Formen, das heißt Bakterien ohne Zellwand, der verschiedensten Keime im Darm Colitis ulcerosa- und Morbus Crohn - Kranker nachgewiesen (10). Inwieweit diese

jedoch Ursache oder Folge der entzündlichen Darmerkrankungen sind, bleibt offen.

In neuester Zeit werden vermehrt Autoimmunmechanismen für die Genese der Colitis ulcerosa verantwortlich gemacht. Dafür spricht ein gehäuftes gleichzeitiges Auftreten von Erkrankungen wie Erythema nodosum, Pyoderma gangraenosum, Arthritis und Uveitis, denen vermutlich autoimmunologische Vorgänge - vielleicht zirkulierende Immunkomplexe - zu Grunde liegen. Außerdem konnte nachgewiesen werden, daß T-Lymphozyten von Colitis ulcerosa Patienten zytotoxisch auf fetale Kolonepithelzell-Kulturen wirken, und daß sich bei 50 - 70 % der Erkrankten Antikörper gegen zytoplasmatische Antigene der mukusproduzierenden Kolonzellen finden, die Kreuzreaktivität mit Polisaccharidantigenen des Coli-Stammes 014 zeigen (67). Ein weiterer Hinweis darauf, daß sowohl zelluläre als auch humorale Autoimmunität eine Rolle spielen könnte, ergibt sich daraus, daß über Therapieerfolge durch Immunsuppressiva wie 6-Mercaptopurin berichtet wird in Fällen, in denen sich die Erkrankung als therapierefraktär gegenüber Salazosulfapyridin und Corticosteroiden gezeigt hat. Diese therapeutischen Möglichkeiten sind jedoch umstritten (25).

Eine zumindest partielle Psychogenese der Colitis ulcerosa wurde erstmals 1930 von Murray postuliert, dem bei seiner Dissertation über die somatischen Befunde der Erkrankung die immer wieder anzutreffenden ähnlichen psychopathologischen Konstellationen auffielen (54). Als zweiter untersuchte Groen 1940 die Psychologie der Colitis ulcerosa - Patienten, weil er Murrays Beobachtungen anzweifelte und selbst überprüfen wollte. Auch ihm fielen einige bei vielen Colitikern feststellbare Charakterzüge auf. Er beschrieb seine Patienten als intelligent, übermäßig vorsichtig, empfindsam und leicht verletzlich, infantil abhängig von einer Bezugsperson und

aggressionsgehemmt (31). Diese Darstellung der wichtigsten Persönlichkeitsmerkmale des an Colitis ulcerosa Erkrankten ist auch heute noch weitgehend gültig.

Bräutigam (12) führt diese Überlegungen weiter aus und unterteilt die Patienten in eine aktive und eine passive Gruppe. Die passive Gruppe läßt ihre kindlichen Abhängigkeitsbedürfnisse und ihre Hilflosigkeit offen erkennen, zeigt eine gesteigerte Sensitivität, eine übermäßige Selbstlosigkeit mit neurotischem Verpflichtungsgefühl und eine Unfähigkeit, sich selbst zu behaupten. Die Patienten der aktiven Gruppe versuchen aus der gleichen Abhängigkeit heraus, kompensatorisch eine übertriebene Selbständigkeit zu demonstrieren und sind bestrebt, ihre Umgebung zu kontrollieren. Beiden Gruppen gemeinsam ist die infantile Bindung an die Mutter oder an einen Mutterersatz und das damit verbundene mangelnde Selbstwertgefühl.

In der Literatur wird immer wieder beschrieben, daß Colitis-Patienten über eine außerordentlich dominante, kontrollierende Mutter berichten, die jeden Versuch ihres Kindes, selbständig zu werden von vornherein vereitelte, angefangen bei der ersten bewußt freien Entscheidung des Kleinkindes, nämlich den Stuhlgang herzugeben oder nicht. Die Loslösung von dieser Mutter bleibt den Patienten zeitlebens versagt, sodaß auch im Erwachsenenalter dann Beziehungen zu Partnern und Freunden eingegangen werden, die die dominante Mutterrolle quasi als Ersatzmutter weiterspielen (24). Der Verlust einer solchen überdimensionalen Mutter oder Ersatzmutter wird von vielen Autoren als mögliche Auslösesituation für die Darmerkrankung angesehen. Es findet ein akuter Objektverlust im tiefenpsychologischen Sinne statt, das heißt, eine reale, drohende oder imaginäre Auflösung von zwischenmenschlichen Beziehungen, welche für die Bedürfnisbefriedigung des betroffenen Menschen sehr wichtig sind.

Der zeitliche Zusammenhang zwischen diesem Objektverlust und dem Erkrankungsbeginn ist häufig offensichtlich. Oftmals setzen die blutigen Durchfälle wenige Stunden bis Tage nach dem Verlustereignis ein (27).

Die Psychophysiologie der Colitis ulcerosa, das heißt, der Mechanismus, durch den die psychischen Einflüsse das somatische Geschehen bewirken, ist bisher nicht vollständig geklärt. Wolff beschrieb schon 1966 bei seinen Colitis-Patienten einen gesteigerten gastrokolischen Reflex auch ohne Darminhalt (77). Grace et al. beobachteten bei Patienten mit Coekal-Fisteln Veränderungen der Schleimhautdurchblutung und Sekretion und eine erhöhte Verletzlichkeit des Epithels nach Ansprechen seelischer Konflikte im Interview (29). Zander et al. stellten 1982 eine signifikante Vermehrung der Darmgeräusche bei Colitis-Patienten während Gesprächen, die den Abhängigkeits-Unabhängigkeits-Konflikt berührten, fest. Dies spricht für eine psychisch auslösbare, pathologische Veränderung der Darmmotilität (79). Wie alle diese zu beobachtenden Vorgänge letztlich zu dem gravierenden Krankheitsbild einer Colitis ulcerosa führen, bleibt offen.

Zusammenfassend kann man festhalten, daß die Colitis ulcerosa mit großer Wahrscheinlichkeit eine multifaktorielle Genese hat. Auf dem Boden der genetischen Prädisposition, die vielleicht in einem speziellen Mucinmangel zum Ausdruck kommt, führt das Zusammenwirken verschiedener psychischer Einflüsse und immunologischer Phänomene zum Ausbruch der Erkrankung. Eventuell trägt auch eine Überwucherung des Darmes durch bestimmte Mikroorganismen zum Krankheitsgeschehen bei.

Zum klinischen Bild der Colitis ulcerosa gehören in erster Linie blutige Durchfälle, Bauchschmerzen, Fieber und Gewichtsverlust in unterschiedlicher Ausprägung. Für die Diagnose beweisend ist die Kombination von negativen mikrobiologischen Befunden, Klinik, Röntgenbild und Hi

stologie (39). Die Abgrenzung zum Morbus Crohn des Kolons macht in 20 - 30 % der Fälle große Schwierigkeiten (33). Der Verlauf der Erkrankung kann chronisch rezidivierend mit symptomfreien oder symptomarmen Intervallen, chronisch konstant oder akut und fulminant sein. Es können entweder das gesamte Kolon oder nur Teile desselben befallen sein. In den meisten Fällen nimmt die Krankheit im Rektum ihren Anfang und breitet sich dann nach proximal aus.

Die konservative Therapie besteht im akuten Schub in der Gabe von Salazosulfapyridin und Corticosteroiden, und im Intervall, wenn möglich, in der ausschließlichen Verabreichung einer Erhaltungsdosis von Salazosulfapyridin zur Rezidivprophylaxe (25). Der Einsatz von immunsuppressiven Substanzen bei Versagen dieser Therapie ist umstritten (25). Auch der Effekt von Psychotherapie bedarf noch der eindeutigen Klärung. Bisher wurde kein Fall beschrieben, in dem eine Psychotherapie die der Colitis ulcerosa zu Grunde liegende biologische Störung auszuschalten vermochte (24). Es gibt jedoch zahlreiche Berichte über positive Auswirkungen einer empathischen Arzt-Patient-Beziehung und auch aufdeckender oder supportiver Psychotherapie auf den Krankheitsverlauf (24, 27, 28). Für den therapeutischen Erfolg scheint hierbei die intensive Arzt-Patient-Beziehung eine wichtigere Rolle zu spielen als die Art der Therapie. Diese Beobachtung ist gut vereinbar mit der Psychodynamik des Colitikers, der eine feste Objektbeziehung für sein Wohlbefinden benötigt (24).

Unter bestimmten Umständen ist eine chirurgische Therapie der Colitis ulcerosa erforderlich. Zu den absoluten Operationsindikationen gehört das vier Tage lang therapierefraktäre toxische Megakolon, dessen weitere konservative Behandlung mit einem hohen Mortalitätsrisiko behaftet ist. Des weiteren machen eine unstillbare,

lebensbedrohliche Blutung sowie eine Darmperforation mit beginnender Peritonitis eine umgehende Operation nötig. Der Verlust der Lebensqualität bei längerdauerndem Versagen der konservativen Therapie ist eine relative Operationsindikation (35, 38). Umstritten ist die Frage, ob und wann wegen der Karzinomgefährdung nach längerem Krankheitsverlauf operiert werden soll. Das Entartungsrisiko nimmt mit zunehmender Ausdehnung, Dauer und Schwere der Erkrankung ständig zu. Es wird je nach Autor und Berechnungsgrundlage mit durchschnittlich 0.5 - 13.1 % angegeben, nach mehr als zwanzigjährigem Befall des ganzen Kolons dürfte es erheblich größer sein (56, 26). Das Operationsrisiko (2 - 5 % Mortalität), die Last eines lebenslangen Anus praeters und das Risiko der Operationsfolgen wie Impotenz und Nierenleiden, sowie lokale Komplikationen am Stoma sind für jeden einzelnen Patienten gegen das Karzinomrisiko abzuwägen. Im Allgemeinen wird heute bei ausgedehntem Kolonbefall nach mehr als zehnjährigem Verlauf oder bei Auftreten von Dysplasien in der Kolonschleimhaut operiert (38).

Das Verfahren der Wahl ist die Proktokolektomie mit Anlage eines endständigen, prominenten Ileostoma oder einer sogenannten kontinentalen Ileostomie mit Kock'scher Tasche. In wenigen Fällen scheint die Durchführung einer ileorektalen Anastomose möglich, die dem Patienten die Kontinenz, bei durchschnittlich sechs Stuhlentleerungen pro Tag erhält (38). Allerdings bleibt bei dem letztgenannten Verfahren das Risiko des Rektumbefalls und des Rektumkarzinoms bestehen, was eine lebenslange Nachsorge und unter Umständen eine sekundäre Proktektomie erforderlich macht. Teilresektionen haben sich wegen der Rezidivgefahr und wegen des Entartungsrisikos nicht bewährt (35).

1.2 Rektumkarzinom

Die Adenokarzinome des Kolons und Rektums, die im folgenden als ein einheitliches Krankheitsbild betrachtet werden, zeigen besonders in den westlichen Industrienationen eine deutliche Zunahmetendenz und sind dort für Frauen nach dem Mammakarzinom und für Männer nach dem Bronchialkarzinom zur zweithäufigsten malignen Neoplasie avanciert. Am häufigsten treten sie in den Vereinigten Staaten auf, wo sie für 20 % der Krebstodesfälle verantwortlich sind (39, 22). Die Dickdarmkarzinome kommen in jedem Alter vor, bei familiärer Polyposis sogar schon im zweiten Lebensjahrzehnt. Der Erkrankungsgipfel liegt jedoch zwischen dem 65. und 75. Lebensjahr, sodaß man von einem Alterskarzinom sprechen kann, und somit die Häufigkeitszunahme in den letzten Jahrzehnten in den zivilisierten Ländern zumindest partiell durch die steigende Lebenserwartung erklärbar ist. Dies trifft allerdings für den momentanen Trend bei stagnierender Zunahme der Lebenserwartung sicher nicht mehr zu.

Die Ätiologie des Kolonkarzinoms ist unbekannt. Das gehäufte Vorkommen in den hochentwickelten Ländern weist auf Faktoren wie ungesunde Lebensweise und schlackenarme, überreichliche Ernährung hin. Rassische Unterschiede hingegen scheinen keine Rolle zu spielen, da zum Beispiel in den USA die weiße und die farbige Bevölkerung gleichermaßen betroffen ist. Dagegen sind maligne Neoplasien des Dickdarms bei der Eingeborenenbevölkerung in Afrika, die sich sehr schlackenreich ernährt, extrem selten (21). Allerdings ist bei diesem Vergleich auch die geringere Lebenserwartung der Eingeborenen zu berücksichtigen, von denen weniger das Alter erreichen, in dem die Krebserkrankung typischerweise zum Ausbruch kommt. Als Erklärung für die karzinogene Wirkung schlackenarmer Kost werden eine längere Verweildauer von im Stuhl vorkommenden krebserregenden Substanzen im Darm

sowie eine durch die Obstipation begünstigte pathologische Bakterienflora diskutiert, die während der verlangsamen Passage der Nahrungsreste aromatische Kohlenwasserstoffe entstehen läßt (21). Alle Vermutungen dieser Art sind bisher jedoch in keinsten Weise bewiesen. Auch familiär gehäuftes Auftreten wurde wiederholt beobachtet (39), allerdings ohne daraus einen Schluß ziehen zu können, ob eher genetische Faktoren oder ähnliche Umweltbedingungen und Lebensweise verantwortlich sind. Erwiesen ist in der Diskussion um die Ätiologie bisher nur, daß bestimmte Vorerkrankungen wie die familiäre Polyposis, die Colitis ulcerosa und vor allem auch die villösen Adenome ein stark erhöhtes Karzinomrisiko in sich tragen (39).

Schon seit langem gibt es Theorien und Ansätze über Zusammenhänge zwischen der Karzinomentstehung und psychischen Faktoren. Der griechische Arzt Galenus machte bereits 190 n. Chr. die Beobachtung, daß melancholische Frauen häufiger an Brustkrebs erkranken. Ähnliche Beobachtungen finden sich im medizinischen Schrifttum immer wieder bis hin in unser Jahrhundert. Während der letzten Jahrzehnte kristallisierten sich zwei Hauptrichtungen der Hypothesenbildung über die Psychogenese des Krebses heraus: Die eine betrachtete besonders Lebensereignisse, die zu tiefer Depression führten, die andere eher charakteristische Persönlichkeitsmerkmale als ursächlich.

Die "Depressionshypothese" wurde von verschiedenen Forschergruppen statistisch retrospektiv, aber auch zum Teil praediktiv geprüft (65, 30). Zum Beispiel erzielten Schmale und Iker (64) in der Krebsvorhersage bei Frauen mit Zervikalabstrichbefunden Papanicolaou III eine erstaunlich hohe Trefferquote. Sie sagten voraus, daß sich bei denjenigen Patientinnen, die im Leben viel Schmerzliches erfahren hatten, im Operationspräparat ein Karzinom finden würde, und bei den übrigen nicht.

Zusammengefaßt führten die verschiedenen Untersuchungen zu folgenden Ergebnissen: Krebspatienten hatten signifikant öfter als Vergleichspersonen erschütternde Trennungen oder Verluste von nahestehenden Personen erlitten oder im Hinblick auf ihre Lebensziele, beruflich oder privat, schwere Rückschläge und Frustrationen hinnehmen müssen und darauf mit Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit reagiert.

Die "Persönlichkeitshypothese" wurde mittels verschiedenster projektiver und semiobjektiver Tests belegt, in denen sich Krebspatienten von Vergleichspersonen durch Aggressionshemmung, Zwanghaftigkeit und Verdrängungstendenzen unterschieden. Sie werden weiterhin als extrovertiert, betont aufgeschlossen und umgänglich beschrieben, was daher rührt, daß sie, wie Neumann es ausgedrückt hat, "nicht im Stande sind, das zu tun, was sie gerne möchten; sie tun immer das, was andere wünschen und brauchen, in der ständigen Angst, die Zuneigung anderer zu verlieren" (55).

Bahnsen et al. stellten in zahlreichen Veröffentlichungen fest, daß sowohl einschneidende Frustrations- und Verlusterlebnisse, als auch - da nicht jede Depression zum Ausbruch einer Krebserkrankung führt - bestimmte Persönlichkeitsmerkmale und Abwehrmechanismen Voraussetzung einer Krebsentstehung sind. Bahnsen kam auf Grund ausgedehnter eigener Untersuchungen zu einer umfassenden Theorie über die Psychopathologie des Krebses, in der er eine Komplementarität der psychischen und somatischen Regression annimmt: Konfliktbedingte Regression kann dieser Theorie nach nicht nur wie in der klassischen Psychoanalyse beschrieben im Psychischen, sondern auch im Somatischen zu früheren, unreiferen Formen zurückleiten. Dabei verursachen die Abwehrmechanismen Projektion und Verschiebung eine psychische Regression, und zwar je nach Ausmaß zu Angst-, Depressions- und

Zwangsneurosen bis hin zu psychotischen Zuständen. Verdrängung und Verneinung hingegen führen zur somatischen Regression, und zwar über Hypochondrie, funktionelle Erkrankungen und organisch-psychosomatische Krankheiten bis hin zum Krebs als der schwersten Regressionsstufe. Die malignen Neubildungen sind also eine Rückkehr - sprich Regression - zum frühesten Zeitpunkt biologischer Organisation, nämlich der unkontrollierten Vermehrung einzelner Zellen (5).

Welche Abwehrmechanismen bei einem Menschen zur Anwendung kommen, welche Art der Regression also letztendlich gewählt wird, die psychische oder die somatische, hängt von Entwicklungen in der frühesten Kindheit ab. Verschiedentlich wurde über eine signifikante Häufung von schwerwiegenden Störungen im Elternhaus von Krebspatienten berichtet (70). Häufig ist eine dem Kind gegenüber abweisende Haltung der Eltern zu beobachten. Die Beziehungen zeichnen sich durch ausgesprochene Gefühlskälte aus. Das kindliche Bestreben, durch Leistung doch noch die Zuneigung der Eltern zu erkaufen, wird ständig frustriert. Oft scheint auch der gänzliche Verlust der Eltern, eines Elternteils oder der festen Bezugspersonen eine Rolle zu spielen. In dieser durch Beziehungslosigkeit geprägten Umgebung kann das Kind nur existieren, indem es sich anpaßt und schließlich lernt, die eigenen Bedürfnisse nach Elternliebe und Anerkennung ständig zu verdrängen und zu verneinen. Mittels dieser Abwehrmechanismen geht der heranwachsende Mensch auch im späteren Leben mit seinen Konflikten um. Wenn nun erneute schwere Verlust- und Frustrationserlebnisse auftreten, kann es zu einem Zusammenbruch des Abwehrsystems und somit zur somatischen Regression in die Krebserkrankung kommen (5).

Die Tatsache, daß Krebspatienten vorwiegend den Abwehrmechanismus der Verdrängung gebrauchen, belegte Bahnson

in einer großen Vergleichsstudie, in der er verschiedenen Patientengruppen Fragebögen über autosynrone und projizierte Affekte vorlegte. Es wurden Gesunde, allgemeinchirurgische Patienten, Koronar-Kranke als psychosomatische Kontrollgruppe, die nach Bahnsons Theorie auch auf der somatischen Regressionsleiter, nur weiter vorne, stehen, und Karzinom-Patienten befragt und miteinander verglichen. Krebskranke, so ergab die Untersuchung, zeigten signifikant höhere Werte für Verdrängung und Verneinung von unangenehmen oder sozial nicht akzeptierten Gefühlen als alle anderen Gruppen. Dies betraf sowohl depressive, als auch aggressive und angstbesetzte Affekte.

In einer weiteren Studie wies Bahnson die Auswirkungen dieser Abwehr durch Verdrängen auf die Gesamtpersönlichkeit nach. Wieder wurden Krebspatienten mit psychosomatischen (Herzinfarkt), allgemeininternistischen und gesunden Probanden verglichen. Nach den Ergebnissen geben sich Krebspatienten weniger ängstlich, sie verneinen, jemals unter Streß zu stehen, sie identifizieren sich mit den sozialen Normen, sind extrem angepaßt, aber fühlen sich autonom. Eventuell bestehende Konflikte werden verleugnet. Die Kindheit und das Verhältnis zu den Eltern hingegen werden von Karzinom-Kranken in der Regel negativer und konfliktreicher geschildert als von den übrigen Probanden (3). In diesem Kontext wirkt das scheinbare Wohlbefinden bei Abwesenheit jeglicher Konflikte eher als Ausdruck des hohen Regressionsniveaus in Form von Verdrängung als als Zeichen seelischer Ausgeglichenheit. Auch die klinisch so oft feststellbare Leeraanamnese dürfte wohl auf diese Verleugnungstendenz zurückzuführen sein und paßt gut in dieses Gesamtbild der "Krebspersönlichkeit" (7). Diese Ergebnisse decken sich weitgehend mit früheren empirischen Beobachtungen und auch mit einer 1976 durchgeführten breit angelegten amerikanischen Studie (4).

Schließlich gelang es mittels eines auf Grund dieser Erkenntnisse entworfenen Fragebogens durch Diskriminanzanalyse Krebspatienten von Gesunden in 96 % der Fälle richtig zu unterscheiden, was die Hoffnung weckte, auf diese Weise einen prospektiven Screening-Test zur Früherkennung karzinomgefährdeter Personen entwerfen zu können. Die Ergebnisse des prospektiven Einsatzes des Fragebogens stehen jedoch noch aus (14).

Zur Erklärung, über welchen psychophysiologischen Mechanismus die beschriebenen seelischen Konstellationen schließlich zur Somatisierung und somit zum Tumorstadium führen, wurden zahlreiche Theorien aufgestellt und Studien durchgeführt. Es werden neurologische, endokrinologische und immunologische Faktoren verantwortlich gemacht. So könne zum Beispiel langdauernder psychischer Streß über nervale und endokrine Reize eine spezifische Abwehrschwäche des Körpers verursachen, die eine Proliferation von entarteten Zellen ermöglicht (5). Auch von rein physiologischer Seite her wird die Bedeutung des Immunsystems bei der Abwehr maligner Erkrankungen betont. Das Konzept der "immunological surveillance" postuliert das Auftreten von Antigenen auf Krebszellen, die so von einem intakten Immunsystem erkannt und sofort eliminiert werden (13).

Letztendlich sind alle diese Theorien nicht bewiesen, und es mangelt auch in der Literatur nicht an Kritik. Auch die vereinheitlichte Psychopathologie des Krebses, wie Bahnson sie vertritt, wird von nicht wenigen Autoren angezweifelt, die die Krebsinzidenz bei Probanden, die eine konfliktreiche Kindheit durchgemacht und erhebliche Schicksalsschläge erlitten hatten, nicht erhöht fanden (12). Auch die Rolle exogener cancerogener Faktoren wie zum Beispiel Rauchen oder Nahrungskarzinogene darf bei den Überlegungen zur Ätiologie maligner Erkrankungen sicher nicht unterschätzt werden.

Zusammenfassend kann man festhalten, daß beim Rektumkarzinom wie bei der Colitis ulcerosa unter Umständen psychische Faktoren an der Krankheitsentstehung beteiligt sind, daß jedoch bestimmte exogene Faktoren, sowie vielleicht eine genetische Disposition gleichzeitig vorhanden sein müssen.

Klinisch machen sich Kolon- beziehungsweise besonders Rektumkarzinome im allgemeinen zuerst durch eine Veränderung der Stuhlgewohnheiten bemerkbar. Ein ständiger Wechsel zwischen Durchfällen und Obstipation oder verstärktes Auftreten eines dieser beiden Symptome, sowie Veränderungen der gewohnten Stuhlkonsistenz und in manchen Fällen Blutauflagerungen auf dem Stuhl veranlassen den Patienten, den Arzt aufzusuchen. Die Beschwerden sind zu diesem Zeitpunkt meist noch gering und beeinträchtigen den Patienten nur wenig. Oft entsteht auch der erste Verdacht durch einen positiven Hämoccult-Test oder einen auffälligen Tastbefund bei der rektalen Untersuchung im Rahmen der Krebsvorsorge (50 - 60 % aller Kolontumoren sind im Bereich des Rektums lokalisiert). Die Diagnosestellung und -sicherung erfolgt röntgenologisch und endoskopisch, sowie letztendlich histologisch durch Entnahme von Probebiopsien.

Das therapeutische Vorgehen ist in erster Linie chirurgisch. Bei Tumorlokalisationen im gesamten Kolon bis zum Rektum 8 - 10 cm oberhalb des Analringes wird eine radikale Resektion mit End zu End Anastomose durchgeführt. Bei Tumoren, die weniger als 8 cm vom Analring entfernt liegen, kommt unter Berücksichtigung der Lymphabflußwege und unter Einhaltung des Sicherheitsabstandes nur noch die Rektumextirpation in Betracht, was die Anlage eines Anus praeternaturalis, meist im Bereich des Sigmas, erforderlich macht. Ausschließlich auf die Mukosa beschränkte Frühkarzinome oder villöse Adenome können

transanal oder mittels posteriorer Rektotomie unter Erhaltung des Rektums abgetragen werden (34).

Der Effekt praeoperativer Bestrahlung auf die Überlebensrate ist umstritten. Einige Autoren sprechen sich besonders bei ausgedehntem Tumorwachstum dafür aus (51). Ansonsten kommt die Strahlentherapie nur im Rahmen von palliativen Maßnahmen bei primär inoperablen Tumoren in Betracht. Eine Chemotherapie mit 5-Fluorouracil ist nur bei bereits vorhandener inoperabler Metastasierung angezeigt und scheint bei höchstens 25 - 30 % der Fälle einen positiven Effekt zu haben (39).

Die 5-Jahres-Überlebensrate nach der radikalen Operation beträgt etwa 94 % bei auf die Darmwand beschränkten Tumoren, wenn zur Zeit der Operation noch keine Lymphknoten befallen waren (Dukes Stadium A), etwa 45 % bei Tumoren größeren Ausmaßes, aber ohne Lymphknotenbefall (Dukes B) und nur etwa 25 %, wenn zum Zeitpunkt der Operation die erste Lymphknotenstation bereits befallen war (Dukes C) (34).

1.3 Betrachtungen zur Problematik einer Stoma-Anlage

1.3.1 Chirurgisch-somatische Ausgangslage

Die Anlage eines künstlichen Darmausgangs konfrontiert den Patienten mit einer Reihe körperlicher Belastungen, angefangen mit dem physischen Streß, den die Operation selbst mit sich bringt. Die wichtigste somatische Konsequenz des Eingriffs ist jedoch die Tatsache, daß für den Patienten an die Stelle des gewohnten Gangs zur Toilette nun die Versorgung des Stomas getreten ist. Im optimalen Falle ist dieses Stoma bereits vor der Operation in mehreren Körperhaltungen angezeichnet worden, um eine möglichst günstige Position zu erzielen. Es sollte

genügend weit von Nabel, Rippenbogen, Beckenrand, Narben und Hautfalten entfernt sein, um ein gutes Haften der Versorgungsbeutel zu gewährleisten. Selbstverständlich muß es für den Patienten gut sichtbar sein, sodaß dieser es mittels der modernen technischen Hilfen problemlos selbst versorgen kann (74). Selbst in diesem Optimalfall bleibt die Stomaversorgung zeitlebens eine Unbequemlichkeit. Dieser Optimalfall ist jedoch in der Realität, wie wir sehen werden, eher die Ausnahme. So ergeben sich für viele Patienten zusätzlich zur Unbequemlichkeit, an die man sich vielleicht gewöhnen kann, Versorgungsprobleme wie in Hautfalten schlecht haftende Beutel, ständige Hautreizung, eingeschmutzte Wäsche und ähnliches mehr. Der Aktivitätsradius ist durch ein sich gebunden fühlen an die häuslichen Versorgungsmöglichkeiten oft stark eingeschränkt. Die Patienten zwingen sich häufig zu einer sehr regelmäßigen, restriktiven Lebensweise, in der die Stomaversorgung eine zentrale Stellung einnimmt. Dies alles gilt sowohl für die Kolo- als auch für die Ileostomie. Bei der Ileostomie kommt erschwerend hinzu, daß sich kontinuierlich flüssiger Stuhl entleert, der zudem durch seine Aggressivität leicht zu Haut-Reaktionen führt, wenn der Beutel nicht absolut dicht die umliegenden Hautpartien abdeckt. Beim Kolostoma im Sigma-bereich dagegen ist der Stuhl zumindest weitgehend geformt, und es kann bei ausgewogener Ernährung und besonders mit Hilfe der Irrigationstechnik zu einer regelmäßigen Stuhlentleerung kommen, was dem Patienten die Versorgung erheblich erleichtert und ihn unabhängiger von den Versorgungsmöglichkeiten macht. Ähnliche Vorteile bieten für manche Patienten unter Umständen sogenannte kontinente Stomata wie zum Beispiel die Kock'sche Tasche oder eine Schließmuskelerersatzplastik. Allerdings sind diese chirurgischen Techniken mit einem erhöhten Operationsrisiko behaftet und können auch später leichter zu

Komplikationen führen als die herkömmlichen Operationsverfahren.

Diese Komplikationen stellen ein weiteres somatisches Problem für den Anus praeter - Patienten dar: Durch Hernie, Prolaps, Stenose und andere Erschwernisse wird das Wohlbefinden stark beeinträchtigt. Es kommt zu Schmerzen, die Stomaversorgung wird oft behindert, oder es wird sogar ein erneuter chirurgischer Eingriff erforderlich.

Zusammengefaßt stellen folgende Punkte die körperliche Ausgangslage des Stoma-Patienten dar:

- allgemeine Unbequemlichkeit der Versorgung
- eingeschränkter Aktivitätsradius
- regelmäßige Ernährung und allgemein restriktive Lebensweise
- zusätzliche Beschwerden und Versorgungsschwierigkeiten im Falle von Stomakomplikationen.

1.3.2 Psychische Ausgangslage

Die seelische Situation zum Zeitpunkt der Operation stellt sich für Colitis- und Karzinom-Patienten unterschiedlich dar. Für die Colitiker besteht meistens ein jahrelanger Leidensdruck bedingt durch die Grunderkrankung. Sie haben lange Zeit mit oft nur zweifelhaftem Erfolg Medikamente eingenommen, haben immer wieder neue Schübe der Erkrankung erlitten und sehnen sich eine radikale Veränderung in Form der Operation geradezu herbei (44). Die Karzinom-Patienten dagegen haben meist vor der Operation nur geringe Symptome, die das Allgemeinbefinden wenig oder gar nicht beeinträchtigen. Sie werden ohne langdauernden Leidensdruck plötzlich mit der Notwendigkeit des großen Eingriffs konfrontiert und müssen sich zudem noch mit der niederschmetternden Diagnose "Krebs" auseinandersetzen. Die psychische Bela-

stung, die die große Operation und ihre Folgen mit sich bringen, wird also von beiden Gruppen völlig unterschiedlich empfunden, ebenso, wie das Verarbeiten der Grundkrankheit an beide Gruppen ganz verschiedene Anforderungen stellt. Die Colitis-Patienten fühlen sich geheilt oder zumindest von den lästigen Symptomen einer, wie manche Autoren meinen, systemischen (33) Krankheit befreit, die Karzinom-Patienten sind von der ständigen Angst vor dem Rezidiv und dem weiteren Fortschreiten der malignen Erkrankung geplagt.

Gemeinsam für beide Gruppen ist die psychische Belastung durch die Entfernung des natürlichen Afters und die Anlage eines künstlichen Darmausgangs. Die psychodynamische Bedeutung dieses Eingriffs soll im Folgenden kurz umrissen werden: Das gewohnte Körperschema des Patienten ist durch die Operation verletzt worden: In einer langsamen Entwicklung, angefangen in den ersten sensorischen Eigenempfindungen des Säuglings bis hin zu den komplexen Wahrnehmungen des Erwachsenen, in denen eigene Sinnesindrücke und gesellschaftliche Normen integriert sind, entsteht ein umfassendes, kulturspezifisches Körperschema, das als psychische Repräsentanz des eigenen Körpers verinnerlicht wird (63).

Jede Veränderung dieses Körperschemas durch Verletzung oder Verstümmelung, oder natürlich auch durch chirurgische Eingriffe wird als Deformation des Selbst erfahren (47). Es entsteht eine narzißtische Kränkung, die eine fortgesetzte Auseinandersetzung zur Erarbeitung eines zwar veränderten, aber gleichwertigen Körperschemas erfordert.

Neben dieser Anstrengung zur Wiedererlangung des Selbstwertgefühls muß der Stoma-Patient Trauerarbeit für den Verlust eines Organs leisten, was nach Lindemann die aktive Emanzipation von der Bindung an das Verlorengangene bedeutet (50). Wird die Trauerarbeit nicht in

diesem Sinne abgeschlossen, kommt es zu pathologischen Antwortformen wie Verleugnung oder Depression, wie Kolb es 1959 allgemein beschrieb (47), und Küchenhoff und Wirsching es 1978 speziell bei Stoma-Patienten nachweisen konnten (48, 49).

Weiterhin muß bedacht werden, daß für den Anus praeter - Patienten nicht irgendein Organ verloren gegangen ist, sondern das Rektum mit dem Sphinkter, und damit die Kontrolle über die Ausscheidung der Fäkalien. Dies bringt zusätzliche psychische Probleme mit sich. Der Operierte wird gezwungen, sich sozusagen in einer zweiten Phase der Reinlichkeitserziehung erneut mit den Ausscheidungsfunktionen auseinanderzusetzen: "Die erogene Öffnung und der erogene Sphinkter werden herausgeschnitten. Die neue Öffnung mit ihrer Darmknospe wirft ihren schmutzigen Inhalt vor den Augen des Patienten aus. . . . Vom Patienten und seinen Ersatzeltern wird wieder neu Stuhl-Training gefordert. Noch einmal muß sich der nun Erwachsene den lange Zeit verdrängten Konflikten stellen, denen er im Alter von zwei Jahren gegenüberstand" (18)

Diese Konflikte, nämlich den Stuhl hergeben zu können oder nicht und dadurch die Wünsche der Eltern zu erfüllen oder zu frustrieren, stellen für das Kleinkind die erste paradigmatische Möglichkeit dar, sich von den Eltern abzugrenzen, sprich autonom zu werden. So bedeutet der Sphinkterverlust für den Operierten unter anderem den Verlust der Autonomie, die mit technischen Mitteln täglich aufs neue erkämpft werden muß. Das unkontrollierte Entweichen von Geräuschen, Gerüchen und Darminhalt löst infolge des drohenden Autonomieverlustes und wegen der drohenden Mißbilligung durch die Gesellschaft und das eigene internalisierte Überich beim Stoma-Patienten Scham- und Schuldgefühle aus, mit denen er sich auseinandersetzen muß, und deren Bewältigung für

eine gelungene Anpassung an das Leben mit dem Anus praeter unabdingbar ist.

Zusammengefaßt können folgende psychische Gesichtspunkte als Ausgangslage für den Stoma-Patienten festgehalten werden:

- Auseinandersetzung mit der Grundkrankheit
- Belastung durch die große Operation
- narzißtische Kränkung durch die Veränderung des gewohnten Körperschemas
- notwendige Trauerarbeit für den Verlust eines Organs
- erneutes Durchleben der analen Phase wegen des Verlustes der Kontrolle über die Ausscheidungsfunktionen.

1.3.3 Soziale Ausgangslage

Wegen der manchmal unkontrollierbaren Geräusche- und Geruchsentwicklung fühlt sich der Stoma-Patient ständig schuldig, soziale Normen zu verletzen. Vor Scham und Verzweiflung kommt es bei den Betroffenen zu einer Meidung sozialer Kontakte, um dadurch den peinlichen Situationen zu entgehen. Die Patienten geraten so leicht in gesellschaftliche Außenseiterpositionen und vereinsamen zunehmend.

Als weitere Belastung ist eine vorzeitige Berentung zu erwähnen, durch die viele Stoma-Patienten oft unnötig noch weiter in die Randgruppen unserer Gesellschaft abgedrängt werden. So muß der Patient sich mit seiner "Wertminderung" auf dem Arbeitsmarkt auseinandersetzen, er muß die eigenen quälenden Scham- und Schuldgefühle überwinden, und er muß sich gegen die allgemein in unserer Gesellschaft existierenden Vorurteile gegenüber allem Krankhaften oder Absonderlichen durchsetzen.

2. Hypothesen

2.1 Anpassung aller Patienten an das Leben mit dem Stoma

Auf Grund der theoretischen Vorüberlegungen zur Ausgangssituation, die für alle Anus praeter - Patienten ähnlich ist, und auf Grund von Persönlichkeitstheorien ergeben sich folgende Hypothesen zur Anpassung der Patienten an das Leben mit dem Stoma:

1. Die narzißtische Kränkung, die die Operation mit Entfernung eines Organs und insbesondere des analen Sphinkters darstellt, wird von den Patienten persönlichkeitsspezifisch verarbeitet. Als mögliche Reaktionsweisen auf diese Kränkung und diesen Verlust sind die von Kolb beschriebene Depression oder eine Verleugnungshaltung zu erwarten, wenn das Trauma nicht durch Trauerarbeit verarbeitet werden kann.

2. Ob ein Patient depressiv oder verleugnend reagiert, oder ob er fähig ist, die Last eines Stomas zu bewältigen, hängt nicht nur von seiner Primärpersönlichkeit, sondern auch von äußeren Faktoren ab. Hierzu gehören insbesondere ein großer praeoperativer Leidensdruck, der den Patienten die Notwendigkeit der Operation leichter einsehen läßt, und eine einfühlsame praeoperative Aufklärung, die ihn auf die zu erwartenden Probleme vorbereitet.

3. Die Scham- und Schuldgefühle wegen des Verlustes der Kontrolle über die Ausscheidungsfunktion sind bei Patienten, die durch sogenannte "kontinente Stomata" oder durch die Irrigationstechnik eine zumindest partielle Möglichkeit zur Stuhlregulation haben, weniger stark ausgeprägt, sodaß die Anpassung an das Leben mit dem Stoma erleichtert wird.

4. Patienten, die in einer Selbsthilfeorganisation Unterstützung finden, haben es leichter, die postoperative soziale Isolierung zu überwinden.

5. Patienten mit komplikationslosen, gut positionierten und funktionierenden Stomata werden leichter mit den durch den Anus praeter bedingten Problemen fertig.

Um diese Hypothesen zu überprüfen, wurde über die Fragen, die sich mit dem postoperativen Leben der Patienten befassen, eine Faktorenanalyse gerechnet. So konnten verschiedene postoperative Verlaufsformen herausgearbeitet und über Faktorscores für jeden Patienten quantifiziert werden. Diese Faktor-Scores wurden sodann mit anderen Variablen korreliert, um eventuell vorhandene Interdependenzen zu erfassen. Die jeweiligen Korrelationskoeffizienten wurden auf Signifikanz geprüft. Weiterhin wurden die durchschnittlichen Faktor-Scores von verschiedenen Patientengruppen mit bestimmten Merkmalen miteinander verglichen und mittels t-Test auf Signifikanz geprüft (siehe auch Kapitel "Angewandte Methoden").

2.2 Vergleich zwischen Colitis- und Karzinom-Patienten

Ausgehend von den anfangs dargestellten Unterschieden in der Grundkrankheit und in der Ausgangslage zum Zeitpunkt der Operation lassen sich folgende Hypothesen formulieren:

1. Da die Colitis-Patienten durchschnittlich fast 20 Jahre jünger als die Karzinom-Patienten sind und sie zudem einen wesentlich stärkeren praeoperativen Leidensdruck haben, der sie die Notwendigkeit der Operation leichter einsehen läßt, ist zu erwarten, daß sie die Probleme, die der Anus praeter mit sich bringt, leichter bewältigen können als die Karzinom-Patienten.

2. Das von Bahnson entworfene Modell zur Entstehung psychosomatischer Krankheiten durch somatische Regression auf Grund der Abwehrmechanismen Verleugnung und Verdrängung läßt bei den Karzinom-Patienten eine ausgeprägtere Verleugnungstendenz erwarten, was die Probleme beim Umgang mit dem Stoma anbetrifft, da diese Abwehrmechanismen bei Krebskranken - Bahnsons Theorie nach - von allen psychosomatisch Kranken am stärksten hervortreten.

3. Unter der Vorstellung, daß beide Grundkrankheiten gleichermaßen mit durch psychische Faktoren verursacht werden, ist zu erwarten, daß ein Symptomwandel, falls er stattfindet, bei beiden Gruppen gleich häufig vorkommt, daß also bei Colitis- und Karzinom-Patienten annähernd gleich viele von der Grundkrankheit unabhängige Zweitkrankheiten nach der Operation neu auftreten.

Um die ersten beiden Hypothesen zu überprüfen, wurden im Rahmen der oben bereits erwähnten Faktorenanalyse Mittelwertsvergleiche bezüglich der Faktor-Scores beider Gruppen durchgeführt und mittels t-Test auf Signifikanz geprüft. Zusätzlich wurden weitere mögliche Einflußgrößen auf Gruppenunterschiede geprüft, um diese in der Diskussion der Ergebnisse berücksichtigen zu können.

Zur Überprüfung der dritten Hypothese wurden die postoperativ zusätzlich aufgetretenen Zweitkrankheiten aufgeschlüsselt und ihre Häufigkeiten verglichen

3. Angewandte Methoden

Sämtliche Daten wurden postalisch erhoben. Alle Patienten erhielten ein Fragebogenpaket (siehe Anhang) bestehend aus

- einem Begleitbrief, der den Zweck der Untersuchung erläutern und die Patienten zur Beteiligung motivieren sollte,
- einer eigens für diese Studie entworfenen Zusammenstellung von Fragen (Fragebogen),
- der sogenannten Münchener Beschwerden-Liste,
- dem sogenannten Gießen-Test,
- und einem leeren Blatt Papier mit der Bitte um zusätzliche Informationen, die dem Patienten von Interesse zu sein schienen, die aber im Fragebogen nicht berücksichtigt waren.

3.1 Der Fragebogen

Der eigens für diese Untersuchung entworfene Fragebogen besteht grob untergliedert aus folgenden fünf Teilen: Der erste (Fragen 1 - 11) erhebt allgemeine Daten zur Person, der zweite (Fragen 12 - 19, 21, 25, 28, 29) befaßt sich mit der praeoperativen Aufklärung des Patienten, der dritte (Fragen 20, 22 - 24, 26, 27, 30 - 32, 199) beschreibt die chirurgische Versorgung und postoperative Betreuung, der vierte (Fragen 33 - 75) befragt die Patienten zu ihrem Leben nach der Operation und zur Anpassung an das Leben mit dem Stoma sowie zur Bewältigung der damit verbundenen Probleme, und der fünfte Teil (Fragen 76 - 77) stellt die nach der Operation aufgetretenen, mit der Grundkrankheit nicht in direktem Zusammenhang stehenden Krankheiten und Beschwerden fest.

Alle Daten wurden in Zahlen verschlüsselt auf Disketten gespeichert und im Rechenzentrum des Universitätsklinikums München-Großhadern ausgewertet. Dabei wurden zusätzlich zur Häufigkeitszählung der einzelnen Antworten folgende Transformationen an den Daten vorgenommen:

Die Fragen zur praeoperativen Aufklärung wurden zu einem Aufklärungs-Index zusammengefaßt, um für jeden Patienten einen Aufklärungs-Score zu erhalten. Dabei wurde für jede Antwort, die für gute praeoperative Aufklärung sprach, ein Punkt vergeben. Es konnte so ein maximaler Aufklärungs-Score von 25 Punkten erreicht werden. Mit den Fragen zur chirurgischen Versorgung und postoperativen Betreuung wurde ebenso verfahren. Der Maximal-Score für "Betreuung" betrug 12 Punkte.

Mit diesen Scores wurde versucht, die beiden Parameter "Aufklärung" und "Betreuung" grob quantitativ zu erfassen, um die Rechenarbeit bei der Feststellung von Interdependenzen zwischen diesen Variablen und anderen Parametern (z.B. die Anpassung an das Leben mit dem Stoma) zu vereinfachen.

Über den Fragebogenteil zum Leben nach der Operation wurde neben den Einzelauswertungen eine Faktorenanalyse gerechnet, um bestimmte Tendenzen in der Anpassung an den Anus praeter multivariat und quantitativ darzustellen. Die Faktorenanalyse bündelt eine Vielzahl von Variablen auf der Basis einer Korrelationsmatrix zu einer überschaubaren Anzahl von in sich zusammenhängenden, aber voneinander unabhängigen Komplexen (Faktoren) und errechnet für jeden Patienten Faktor-Scores für alle extrahierten Faktoren. Das heißt, es werden in ihrer Aussage miteinander korrelierende Antworten zu übergeordneten Variablen zusammengefaßt, und jeder Patient erhält einen Skalenwert für jede dieser übergeordneten Variablen. Die Faktorenanalyse wandelt also eine schwer überschaubare Zahl von qualitativen Aussagen in quantitative

Ausprägungen einiger weniger Merkmale um, verringert dadurch die Anzahl der Variablen und macht so die Auswertung transparenter.

Die Fragen zu den postoperativ aufgetretenen Krankheiten und Beschwerden wurden sowohl qualitativ, als auch quantitativ ausgewertet, wodurch folgende zusätzliche Variable entstanden:

- die Anzahl der neu aufgetretenen Krankheiten und Beschwerden innerhalb eines Jahres nach der Operation,
- die Anzahl der neuen Beschwerden und Krankheiten, die später als ein Jahr nach der Operation auftraten,
- die Anzahl der Krankheiten und Beschwerden, die schon vor der Operation vorhanden waren, jedoch postoperativ verstärkt hervortraten.

3.2 Die Münchener Beschwerden-Liste

Die Münchener Beschwerden-Liste ist ein an einer Eichstichprobe von 1761 20 - 64 jährigen Personen aus der Normalbevölkerung standardisiertes Testverfahren zur Feststellung des allgemeinen körperlichen und seelischen Wohlbefindens, das 1976 von Zerssen et al. entwickelt wurde (80). Die Beschwerden-Liste besteht aus zwei Teilen mit jeweils 24 Items, der sogenannten "BL" und der "BL' ". Bei der Auswertung werden über jede der beiden Listen Summenscores gebildet, wobei starke Beschwerden mit drei Punkten, mäßige Beschwerden mit zwei Punkten und geringe mit einem Punkt bewertet werden. Es ergibt sich so ein theoretischer Maximal-Score von 72 Punkten, was die Angabe von starken Beschwerden bezüglich aller Test-Items bedeutet, und ein Minimal-Score von 0 Punkten, was vollständiger Beschwerdefreiheit entspricht.

BL und BL' ergeben im statistischen Durchschnitt gleich hohe Scores. Das Ausmaß der Differenz kann als ein Maß

für die Ehrlichkeit und Verwertbarkeit der Ergebnisse angesehen werden.

Unseren Patienten wurden beide Listen doppelt vorgelegt, das erste Mal mit der Bitte, ihre Beschwerden wenige Tage bis Wochen vor der Operation zu schildern (Fragen 78 - 125), und das zweite Mal mit der Vorgabe, ihre derzeitige körperliche und seelische Verfassung zu beschreiben (Fragen 137 - 184).

Zusätzlich zu den standardisierten Listen entwickelten wir eine neue Liste, die sich speziell mit dem seelischen Befinden des Patienten befaßt. Wir werden sie im Folgenden "BL (seelisch)" nennen. Auch diese besteht aus 24 Items, und zwar aus den speziell seelische Belange betreffenden Items aus BL und BL' und den zusätzlichen Fragen nach Einsamkeit, großem Mißtrauen, Unselbständigkeit und Abhängigkeit, Unfähigkeit, rational zu denken, Gefühlslosigkeit, Niedergeschlagenheit, Angst vor dem Alleinesein, unbegründeter Furcht vor bestimmten Dingen, innerer Leere, sowie Fragen nach Minderwertigkeits- und Schuldgefühlen. Diese Liste ermöglicht natürlich nur eine relative Aussage beim Vergleich unserer Patientengruppen und bietet keinen standardisierten Normalwert als Bezugspunkt. Auch die BL (seelisch) legten wir jedem Patienten wie oben beschrieben zweifach vor (Fragen 87, 88, 91, 93, 96, 97, 107, 112, 115, 117, 120, 123, 124, 126 - 136, beziehungsweise 146, 147, 152, 155, 156, 166, 171, 174, 176, 179, 182, 183, 185 - 195).

3.3 Der Gießen-Test

Der Gießen-Test ist ein an der Universitätsnervenklinik in Gießen von Richter und Beckmann entwickelter Persönlichkeits-Test (9), der in seiner endgültigen Fassung von 1968 aus 40 Items besteht, von denen 36 faktorenan-

lytisch zu sechs Skalen zusammengefaßt werden (jeweils sechs Items pro Skala). Die Antworten zu den einzelnen Fragen werden nach einem Auswertungsschlüssel mit ein bis sieben Punkten bewertet, und die Punktezahlen werden zu sechs Skalenrohwerten addiert. Diese können sodann nach einer Tabelle in sogenannte T-Werte umgerechnet werden, wobei der Mittelwert der Eichstichprobe aus der Normalbevölkerung dem T-Wert von 50 bei einer Standardabweichung von 10 entspricht. Im Folgenden sollen die sechs Skalen kurz dargestellt werden:

Skala 1: Negative versus positive soziale Resonanz

Die Skala 1 erfaßt, wie ein Proband auf seine Umwelt zu wirken glaubt. Niedrige Werte bedeuten, daß der Patient sich unattraktiv (Item 37), unbeliebt (I 16) und minderwertig (I 29) fühlt, daß er meint, andere seien mit seiner Arbeitsleistung meist unzufrieden (I 9), daß es ihm schlecht gelingt, seine Interessen durchzusetzen (I 33) und daß er wenig auf sein Äußeres achtet (I 27). Patienten mit hohen Werten hingegen halten sich für attraktiv, beliebt, wertvoll, anerkannt, durchsetzungsfähig und gutaussehend.

Skala 2: Dominanz versus Gefügigkeit

In dieser Skala kommen im Falle von sehr niedrigen oder sehr hohen Werten sadomasochistische Züge einer analen Fixierung zur Darstellung. Probanden mit niedrigem Score neigen dazu "inneren Konfliktdruck eher in impulsiver Weise an dominierten Partnern abzureagieren" (9). Sie geraten sehr leicht in Auseinandersetzungen (I 22), erleben sich als eigensinnig (I 31), legen es darauf an, andere zu lenken (I 3), glauben, gute schauspielerische Fähigkeiten zu haben (I 35), können nur schwer mit anderen zusammenarbeiten (I 28) und sind eher ungeduldig (I 1). Probanden mit hohen Skalenwerten weichen Konflikten eher aus, "indem sie sich phobisch klein machen und an

komplementäre Partner Hilfs-Ich-Funktionen und Überich-Aspekte delegieren" (9). Sie erleben sich als fügsam, Konflikte meidend, wollen gelenkt werden, halten sich für schlechte Schauspieler und sind kooperativ und geduldig.

Skala 3: Unterkontrolliertheit versus Zwanghaftigkeit

In dieser Skala geht es weniger um die Beziehungen zur Umwelt als vielmehr um die intrapsychischen Beziehungen zwischen dem triebhaften Es und den kontrollierenden Persönlichkeitsanteilen Ich und Überich. Zwanghaftigkeit (hohe Skalenwerte) kommt durch kontrollierten Umgang mit Geld (I 13), Überordentlichkeit (I 21), den Hang dazu, sich im Leben Mühe zu schaffen (I 24), übergenaue Wahrheitsliebe (I 18), Stetigkeit bei Aufgaben (I 38) und Schwierigkeiten beim Ausgelassensein (I 39) zum Ausdruck. Triebhaftigkeit (niedrige Werte) ist durch Schwierigkeiten beim Umgang mit Geld, Unordentlichkeit, Bequemlichkeit, eher großzügigen Umgang mit der Wahrheit, Unstetigkeit und Fähigkeit zum Ausgelassensein gekennzeichnet.

Skala 4: Hypomanische versus depressive Grundstimmung

Zur Depressivität neigende Probanden weisen hohe Werte auf. Sie sind oft bedrückt (I 14), machen sich häufig Selbstvorwürfe (I 29) und Gedanken über ihre Probleme (I 5), sind ängstlich (I 8), auch in Bezug auf Veränderungen ihrer äußeren Lebensbedingungen (I 4) und können ihren Ärger nicht abreagieren (I 6). Patienten mit niedrigen Werten sind selten bedrückt, machen sich kaum Selbstvorwürfe, reagieren sich leicht ab und sind wenig ängstlich.

Skala 5: Durchlässigkeit versus Retentivität

Während es in den Skalen 3 und 4 eher um intrapsychische Belange geht, stehen in dieser Skala wieder die sozialen

Beziehungen im Vordergrund: "In ihr stellen sich fundamentale Qualitäten des Kontakterlebens und Kontaktverhaltens dar. Und zwar sind sehr frühe orale und anale Kategorien angesprochen. Nämlich, um Eriksons Termini zu benützen, die Kategorie Urvertrauen gegen Urmißtrauen sowie die Kategorie Autonomie gegen Scham und Zweifel" (9). Retentive (hohe Werte) empfinden sich als verschlossen (I 19), anderen fern (I 25), wenig preisgebend (I 15), Liebesbedürfnisse zurückhaltend (I 11), mißtrauisch (I 10) und in der Liebe wenig erlebnisfähig (I 34). Durchlässige hingegen sind offen, vertrauensselig, in der Liebe erlebnisfähig und anderen nahe.

Skala 6: Soziale Potenz versus soziale Impotenz

Die Qualitäten der Probanden mit niedrigen Werten lassen umrißhaft das Bild einer potenten Persönlichkeit auf der ödipal-genitalen Entwicklungsstufe im Sinne der Psychoanalyse entstehen (9). Diese Qualitäten sind Geselligkeit (I 2), heterosexuelle Kontakt- (I 40) und Hingabefähigkeit (I 30), der Wunsch, andere zu übertreffen (I 7), Fähigkeit zu dauerhaften Bindungen (I 17) und Phantasie (I 26). Sozial Impotente (hohe Werte) sind ungesellig, befangen, wenig hingabe- und bindungsfähig sowie phantasiearm.

Der Gießen-Test unterscheidet sich von den meisten anderen Persönlichkeits-Tests dadurch, daß er den sozialen Beziehungen, Einstellungen und Reaktionen der Probanden besonderes Augenmerk schenkt. In der Mehrzahl der Items geht es um die Interaktionen zwischen dem Individuum und seiner Umwelt, was hauptsächlich in den Skalen 1, 2, 5 und 6 zum Ausdruck kommt. Die jeweils grammatisch adaptierten, verschiedenen Formen des Tests (ich, sie, er) ermöglichen die Erfassung des Selbstbildes, des Idealselfbildes und des Fremdbildes. In der vorliegenden Studie geht es schwerpunktmäßig um die Interaktionen der Anus praeter-Patienten mit ihrer Umwelt, um ihre Bezie-

hungen, Einstellungen und Reaktionen nach dem schweren Eingriff in ihr gewohntes Körperschema. Für diese Zielsetzung schien der Gießen-Test aus oben aufgeführten Gründen besonders geeignet.

Da es bei der Erfassung der Reaktion auf das Stoma in erster Linie auf die subjektiven Angaben des Patienten selbst ankommt, wurde als Darstellungsform des Tests ausschließlich die des Selbstbildes gewählt. Weiterhin wurden für jeden Patienten nur die Skalenwerte berechnet. Auf Ideal- und Fremdbild, sowie auf eine Auswertung der einzelnen Items wurde verzichtet. Dieses Vorgehen entspricht den Anwendungsmöglichkeiten des Tests nach Richter und Beckmann (9).

3.4 Signifikanzprüfung

Zur Prüfung, ob die in den Ergebnissen erkennbaren Unterschiede zwischen den zu vergleichenden Gruppen (z.B. Colitis- mit Karzinom-Patienten) allein durch Zufall zustandegekommen waren, oder ob signifikante, überzufällig große Unterschiede bestehen, wurde bei den einzelnen qualitativen Aussagen ein χ^2 -Test gerechnet. Die Unterschiede in den multivariaten und anderen quantitativen Werten wie z.B. Faktor-Scores, Aufklärungs- und BetreuungsindeX wurden mit Hilfe des t-Tests zur Prüfung von Mittelwertsdifferenzen bei unabhängigen Stichproben auf Signifikanz getestet. Außerdem wurden zur Prüfung von Interdependenzen Regressionsanalysen mit Testung des Korrelationskoeffizienten auf Signifikanz durchgeführt

3.5 Methodenkritik

Bei der Bewertung der Aussagekraft der durch oben aufgeführte Methoden erhaltenen Ergebnisse müssen folgende Punkte kritisch bedacht werden:

1. Sämtliche Daten wurden postalisch erhoben. Es gibt keine Kontrollmöglichkeit, ob der Patient die Fragebögen wie aufgefordert alleine und unbeeinflusst ausgefüllt hat.
2. Die Patienten wurden über ein Sanitätshaus, eine Universitätsklinik und über die Selbsthilfeorganisation Deutsche ILCO angeschrieben. Diese Patientenauswahl entspricht nur annähernd einer Zufallsstichprobe aus allen Anus praeter Patienten der Bundesrepublik. Die Ergebnisse dieser Studie sind daher nur bedingt auf alle Stoma-Träger extrapolierbar.
3. Nur ein Teil der angeschriebenen Patienten beteiligte sich an der Umfrage (siehe Kapitel "Rücklauf"). Die Gründe für die Nicht-Beteiligung mancher Patienten sind nicht feststellbar. Ebenso wenig kann abgeschätzt werden, inwieweit sich das Gesamtbild durch eine höhere Beteiligungsquote verändern würde.
4. Diese Studie ist darauf ausgerichtet, das subjektive Empfinden und die subjektive Situation der Patienten zu analysieren, denn nur das subjektiv Empfundene ist für die Lebensqualität des einzelnen Patienten entscheidend. Daher sind alle Aussagen der Patienten subjektiv. Auch die klinisch-medizinischen Angaben waren im Rahmen dieser Untersuchung nicht objektivierbar, da eine Einzelexploration und Untersuchung bei der großen Anzahl der Patienten nicht möglich war.
5. In die statistische Auswertung konnten nur die in den Fragebögen vorgegebenen Antworten aufgenommen werden. Zusätzliche Angaben, die manche Patienten neben den anzukreuzenden vorformulierten Aussagen machten, mußten gesondert ausgewertet werden.

Auf Grund aller dieser Überlegungen sind die statistischen Ergebnisse dieser Untersuchung nur als Hinweis zu sehen, wie der postoperative Verlauf vieler Anus praeter Patienten aussieht. Eine Verallgemeinerung der Aussagen ist ohne zusätzliche Untersuchungen nur bedingt möglich. Dennoch sind auf Grund der großen Anzahl der untersuchten Patienten sinnvolle und relevante Aussagen als Ergebnis dieser Studie möglich. Es sind bestimmte statistisch signifikante Tendenzen feststellbar, die für eine sehr große Zahl von Anus praeter - Patienten zutreffen, und die uns anregen sollten, unser Augenmerk bei der Rehabilitation von Stoma-Trägern vermehrt auch auf psychosoziale Belange zu richten.

4. Beschreibung des Patientenguts

4.1 Rücklauf

Die Fragebögen für die vorliegende Studie wurden an insgesamt 532 Stoma-Patienten verschickt. 200 wurden über die Deutsche ILCO, 300 über ein Sanitätshaus und 32 über die chirurgische Klinik des Universitätsklinikums München-Großhadern angeschrieben.

Drei Patienten waren kurz vor der Befragung verstorben, bei zwei Angeschriebenen war der Anus praeter mittlerweile zurückverlegt worden, sodaß sich die Gesamtzahl auf 527 reduziert. Zurückgeschickt wurden 289 Fragebögen. Das entspricht einem Rücklauf von 54.8%. 20 Fragebögen waren nicht oder nur so mangelhaft ausgefüllt, daß sie nicht ausgewertet werden konnten, und vier gingen erst nach Abschluß der Analyse ein.

Da die Fragestellung dieser Studie darauf abzielt, die durch den Anus praeter bedingten physischen und psychischen Beschwerden zu erfassen, bei gleichzeitiger Heilung von der Grundkrankheit oder zumindest momentaner Symptombefreiung, wurden 15 Patienten, die unter einem fortgeschrittenen Krebsstadium und massiver Metastasierung litten, gesondert ausgewertet und aus der vorliegenden Studie ausgeklammert.

Sieben weitere Patienten wurden nicht in die Auswertung mit einbezogen, weil sie bereits vor mehr als 20 Jahren operiert worden waren und keine zuverlässigen Angaben mehr über die praeoperativen Beschwerden und ihre Empfindungen über die Operation und die Zeit unmittelbar danach machen konnten, und weil weder Aufklärungspraktiken, noch Operationstechnik und postoperative (auch psychische) Betreuung zu dieser Zeit dem heutigen Stand entsprechen.

Wie im Kapitel "Methodenkritik" bereits erwähnt, müssen diese nicht zufällige Patientenselektierung, sowie die Tatsache, daß die Situation bei den 45 % der Patienten, die nicht geantwortet haben, eventuell anders aussehen kann, und, daß es sich bei den Angaben in den Fragebögen um rein subjektive, vom Standpunkt des Patienten aus gesehene, und nicht klinisch objektivierete Aussagen handelt, bei der Bewertung der in dieser Studie gemachten statistischen Feststellungen stets mit bedacht werden.

4.2 Verteilung nach Diagnose

Zur Auswertung gelangten die Daten von 243 Patienten mit folgenden Grunderkrankungen, die die Darmoperation und die Anlage eines Anus praeter erforderlich machten:

	Anzahl der Patienten	%
Colitis ulcerosa	67	27.6
Rektum-Karzinom	167	68.7
Morbus Crohn	9	3.7
Gesamt	243	100.0

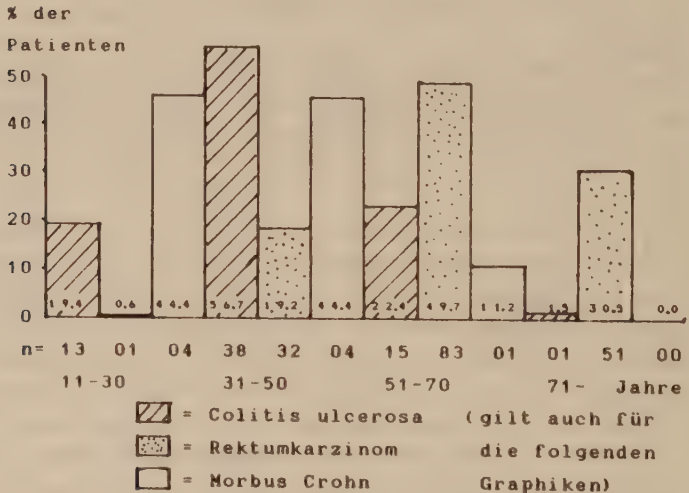
Diese Verteilung kam nicht zufällig zu Stande, sondern dadurch, daß bevorzugt Colitis ulcerosa Patienten angeschrieben worden waren, um eine der großen Gruppe der Karzinom-Patienten annähernd vergleichbare Colitis-Gruppe zu erzielen. Dennoch steht den 67 Colitis ulcerosa-Patienten eine mehr als doppelt so große Anzahl von Karzinom-Patienten gegenüber. Dies ist bei der Bewertung der statistischen Aussagekraft der Ergebnisse stets zu berücksichtigen. Die Angaben zu der sehr kleinen Gruppe der Morbus Crohn Patienten (die Anlage eines permanenten Anus praeter ist bei Morbus Crohn Patienten eher

selten) werden nur der Vollständigkeit halber gemacht, ohne den Anspruch auf statistische Relevanz zu erheben.

4.3 Sozialdaten

Im weiteren sollen die Patientengruppen hinsichtlich ihrer Altersstruktur, Geschlechtsverteilung, ihres Familienstandes, ihres sozialen Status und ihres Wohnortes untersucht werden.

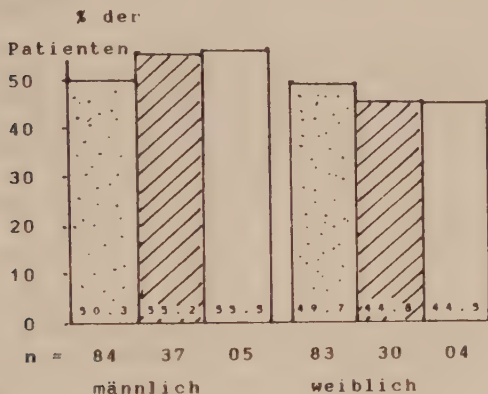
4.3.1 Altersverteilung:



Das Durchschnittsalter beträgt für die Gesamtheit der von uns untersuchten Patienten 54,7 Jahre. Die Colitis ulcerosa - Kranken sind durchschnittlich 41,9, die Rektumkarzinom-Patienten 60,8 und die Stoma-Träger mit Morbus Crohn 36,3 Jahre alt. Die großen Altersdifferenzen zwischen den einzelnen Gruppen müssen in die Aussagen der Untersuchung mit einberechnet werden.

4.3.2 Geschlechtsverteilung

Im Gegensatz zur Altersverteilung ist die Geschlechtsverteilung ziemlich homogen in allen Gruppen. Sie dürfte die statistischen Ergebnisse des Vergleichs der unterschiedlichen Grundkrankheiten daher nur geringfügig beeinflussen.



4.3.3 Sozialstatus:

Der Sozialstatus wurde nach der Internationalen Berufs Prestige-Skala von Treiman (71) erhoben. In diesem von Treiman entwickelten Verfahren wurden alle gängigen Berufe nach repräsentativen Umfragen auf einer Werteskala von 8 - 80 in eine Rangfolge gebracht, wobei hohe numerische Werte hohem Sozialprestige entsprechen. Unklassifizierte Berufe erhielten 40 Punkte, was dem Mittelwert einer Zufallsstichprobe aus der Normalbevölkerung entspricht. Im Gesamtdurchschnitt lagen die von uns untersuchten Patienten auf dieser Skala bei 43.2 Punkten. Die Colitis-Patienten erhielten 45.0 Punkte, die Karzinom-Patienten 42.4 Punkte und die Morbus Crohn-Patienten 46.0 Punkte. Der durchschnittliche Sozialstatus der sogenannten "psychosomatischen" Patienten liegt

damit geringfügig über dem der Krebskranken. Für die statistische Auswertung ist der Unterschied unwesentlich.

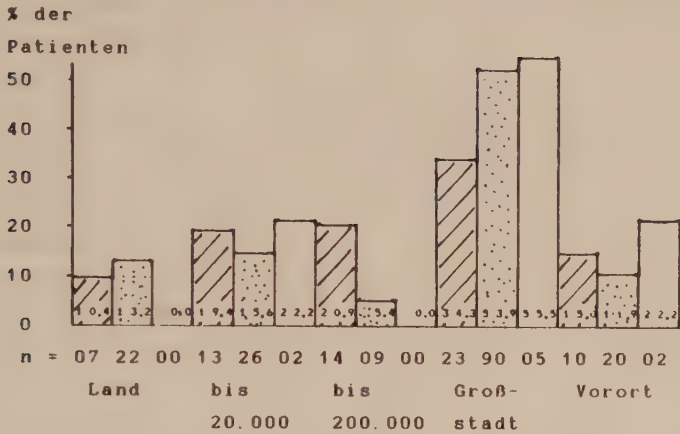
4.3.4 Familienstand

		Colitis	Karzinom	Morbus Crohn
ledig	%	17.9	8.4	33.3
	n	12	14	3
verheiratet	%	49.2	59.3	33.3
	n	33	99	3
getrennt	%	25.4	15.5	33.3
	n	17	26	3
verwitwet	%	7.5	16.8	0
	n	5	28	0

Die Unterschiede zwischen den Gruppen können weitgehend durch das stark differierende Durchschnittsalter erklärt werden. Lediglich der Anteil der getrennt Lebenden ist unter den Colitikern auf den ersten Blick unerwartet höher als unter den Krebskranken. Dies könnte mit den psychischen und partnerschaftlichen Problemen des Colitis-Kranken oder mit dem langjährigen, partnerschaftsbelastenden Verlauf der Colitis ulcerosa zusammenhängen.

Der prozentuale Anteil der Patienten, die Kinder haben, ist wiederum durch die Altersunterschiede zwischen den Gruppen bestimmt: 74 % der Karzinom-Patienten, 56.7 % der Colitiker und 44.4 % der Morbus Crohn Kranken haben Kinder.

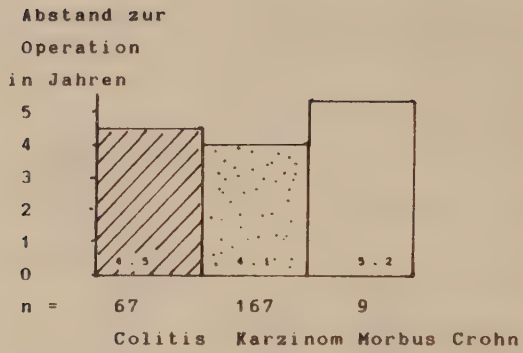
4.3.5 Wohnort



Das Überwiegen der Stadtbewohner in allen Gruppen ist darauf zurückzuführen, daß ein Großteil der Patienten über ein in einer Großstadt befindliches Sanitätshaus angeschrieben worden war. Der Einfluß dieser Tatsache auf die statistischen Ergebnisse darf nicht unterschätzt werden.

4.4 Zeitlicher Abstand zur Operation

Die Operation lag bei den in die Auswertung aufgenommenen Patienten durchschnittlich 4,2 Jahre zurück. Die einzelnen Gruppen unterschieden sich nur geringfügig hinsichtlich des Abstandes zur Operation.



5. Beschreibung des seelischen und körperlichen Befindens von Anus praeter-Trägern und Darstellung der beeinflussenden Variablen

In den folgenden Kapiteln sollen die Ergebnisse dieser Untersuchung dargestellt werden: wie passen sich die Patienten nach einer Operation, die die Anlage eines Anus praeters erforderlich machte, an die veränderte Lebenslage an, wie werden sie mit den durch das Stoma bedingten Problemen fertig, wie ist ihr Sozialverhalten nach der Operation im Vergleich zu früher, und welche zusätzlichen neuen oder seit der Operation verstärkt hervortretenden Symptome zeigen sie.

Besonderes Augenmerk soll darauf gerichtet werden, welche äußeren und inneren Umstände diese Anpassung an das Leben mit dem Stoma erleichtern oder erschweren. Es wird der Einfluß folgender Parameter untersucht: praeoperative Aufklärung, prae- und postoperative Betreuung, Möglichkeiten zur Regulation der Darmentleerungen, chirurgische und andere Komplikationen am Stoma, Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit nach der Operation und die Mitgliedschaft in der Deutschen ILCO

5.1 Ergebnisse der Faktorenanalyse

Wie bereits im Kapitel über die Methodik dieser Untersuchung beschrieben, wurde über den Teil des Fragebogens, der sich mit dem postoperativen Befinden der Stoma-Patienten befaßt, eine Faktorenanalyse gerechnet. Es konnten sechs voneinander unabhängige Faktoren extrahiert werden, wobei sich nicht alle Variable einem dieser Faktoren zuordnen ließen, und einige Variable in mehr als einen Faktor eingehen.

5.1.1 Darstellung und Interpretation der einzelnen Faktoren

Faktor 1

Dieser Faktor läßt sich mit dem Stichwort "vollständiger Beziehungsverlust" überschreiben. Er beinhaltet folgende Variablen, aufgereiht nach absteigenden Faktorenladungen (in Klammern jeweils die Item-Nummer im Fragebogen):

1. Ich werde seltener von Freunden oder Bekannten besucht. Wer soll mich denn schon besuchen. (68 b)
2. Die Beziehung zu meiner Familie ist eher schlechter als früher. Ich habe manchmal das Gefühl, nicht mehr für vollwertig gehalten zu werden. (65 d)
3. Ich habe seit der Operation einige Freunde/Bekannte verloren. (66 d)
4. Ich besuche Freunde und Bekannte seltener als früher. Mir fehlt dazu der Schwung. (67 b)
5. Ich gehe seltener ins Kino/Theater/Restaurant/ in Veranstaltungen. Ich bin nicht in der richtigen Stimmung dazu. (70 b)
6. Im Vergleich zu vor der Operation fühle ich mich oft einsam. (69 a)
7. Die Beziehung zu meinem Partner ist abgekühlt. Seit ich das Stoma habe, fühle ich mich nicht mehr als vollwertiger Partner, z.B. im Sexuellen. (72 c)
8. Ich spreche mit meinem Partner nicht über sexuelle Probleme, die durch den Anus praeter bedingt sein könnten. Es ist mir peinlich und hat doch keinen Sinn. (73 b)

9. Mein wichtigster Lebensinhalt ist, zuerst einmal den Anus praeter optimal zu versorgen und dadurch volle Gesundheit zu erlangen. (59 f)
10. In meiner Freizeit bin ich weniger aktiv als vor der Operation. Der Anus praeter lähmt mich. (62 c)
11. Auch mit allen Hilfsmitteln fühle ich mich bei der Versorgung des Stomas fast nie sicher. (52 a)
12. Ich treibe keinen Sport mehr. Das würde die Versorgung des Stomas erschweren. (63 e)

Im Vordergrund steht bei diesem Faktor die schwere Beziehungslosigkeit des Betroffenen. Partner, Familie und Freunde treten mit der Anlage des Anus praeter in den Hintergrund und die Versorgung des Stomas wird zum wichtigsten Lebensinhalt. Patienten mit hohem Faktor 1 - Score sind von Einsamkeit geplagt, haben ständig Angst, daß die Technik sie bei der Versorgung des Stomas im Stich läßt, und fühlen sich als minderwertige Menschen.

Faktor 2

Unter der Überschrift "schwere depressive Verstimmung" lassen sich folgende Variable zusammenfassen:

1. Es fällt mir schwer, noch einen sinnvollen Lebensinhalt zu finden. (59 d)
2. In den ersten zwei Wochen nach der Operation war ich sehr deprimiert. Das Leben schien seinen Sinn verloren zu haben. (35 b)
3. Als ich lernen sollte, meinen Anus praeter selbst zu versorgen, war es mir zuwider und verstärkte meine Depressionen. (36 a)
4. Zur Zeit bin ich fast immer niedergeschlagen. (55 a)

5. Ich gehe seltener ins Kino/Theater/Restaurant/ in Veranstaltungen als vor der Operation. Mein körperlicher Zustand erlaubt es nicht. (70 d)
6. Ich glaube, daß der Anus praeter an meiner Einsamkeit schuld ist. (69 e)
7. Ich besuche Freunde und Bekannte seltener als früher. Meine Krankheit hindert mich daran. (67 d)
8. Ich treibe seit der Operation keinen Sport mehr. Das würde die Versorgung des Stomas erschweren. (63 e)
9. In meiner Freizeit bin ich weniger aktiv als vor der Operation. Der Anus praeter lähmt mich. (62 c)
10. Es ist mir peinlich, wenn mir jemand bei der Versorgung des Stomas hilft. (40 d)
11. Auch mit allen Hilfsmitteln fühle ich mich bei der Versorgung des Stomas fast nie sicher. (52 a)
12. Ich kann nicht verreisen, da ich unterwegs mein Stoma nicht richtig versorgen kann. (64 d)
13. Seit der Operation habe ich keinen Intimkontakt mehr mit meinem Partner, da es mit dem Anus praeter nicht möglich ist. (74 e)
14. Ich habe die Gesundheit durch die Operation nicht wiedererlangt. (58 e)

Depressivität bis hin zur Empfindung der Sinnlosigkeit des eigenen Lebens kennzeichnet die Patienten mit hohem Faktor 2 - Score. Dies kommt in den ersten vier Items des Faktors zum Ausdruck, die die höchsten Faktorenladungen besitzen. Ursache für diese Stimmungslage ist der Anus praeter, beziehungsweise die mißglückte Anpassung an ihn, und die Behinderung, die man durch ihn erfährt.

Faktor 3

Dieser Faktor ist dem Faktor 2 in mancher Hinsicht ähnlich. Die depressive Grundstimmung ist ebenso vorhanden, tritt aber nicht ganz so auffällig hervor. Dafür werden das Leben und die Gedanken ganz durch den Anus praeter, der als Krankheit empfunden wird, beherrscht: "Fixierung auf die Krankheit Anus praeter".

1. Zum Reisen fühle ich mich noch zu krank. (64 f)
2. Ich muß dauernd an den Anus praeter denken. (55 e)
3. Ich werde seltener von Freunden und Bekannten besucht. In meinem jetzigen Zustand kann ich keinen Besuch empfangen. (68 c)
4. Meine Krankheit hindert mich daran, über meinen wichtigsten Lebensinhalt nachzudenken. (59 c)
5. Es fällt mir schwer, noch einen sinnvollen Lebensinhalt zu finden. (59 d)
6. Auch in meiner Freizeit beschäftigen sich meine Gedanken oft mit dem Anus praeter. (62 e)
7. Seit der Operation ist meine Familie in meinen Gedanken irgendwie in den Hintergrund getreten. (65 f)
8. Es gibt nur selten Momente, in denen ich vergesse, daß ich einen Anus praeter habe. (57 c)
9. Ich besuche seltener als vor der Operation Freunde und Bekannte. Meine Krankheit hindert mich daran. (67 c)
10. Leider kann ich wegen meiner Krankheit keine intensiven Freundschaften mehr pflegen. (66 f)
11. Ich habe die Gesundheit durch die Operation nicht wiedererlangt. (58 e)

12. Ich gehe seltener ins Kino/Theater/Restaurant/ in Veranstaltungen als vor der Operation. Mein körperlicher Zustand erlaubt es nicht. (70 d)

Faktor 4

Im Faktor 4 stellt sich das überschießende Gegenteil der bisherigen Faktoren dar, die durch eine persistierende Anpassungsproblematik auffielen. Hier werden alle denkbaren Probleme verleugnet: "Überkompensatorische Verleugnung".

1. In den ersten zwei Wochen nach der Operation war ich meist zuversichtlich. Ich hatte mich mit dem Anus praeter abgefunden. (35 e)
2. Als ich erfuhr, daß ein Anus praeter angelegt werden muß, dachte ich: halb so schlimm, Hauptsache ich werde wieder gesund. (33 c)
3. Ich denke fast nie an den Anus praeter. Ich bin viel zu beschäftigt. (57 a)
4. Als ich das Stoma zum ersten Mal sah, sah ich der Krankenschwester zu, um möglichst schnell zu lernen, wie der Anus praeter versorgt wird. (34 c)
5. Die Darmoperation war für mich auf jeden Fall eine positive Wende in meiner Krankengeschichte. (37 c)
6. Der Preis "Anus praeter" war für die Wiedererlangung der Gesundheit auf jeden Fall tragbar. (58 c)
7. Ich kann verreisen wie vor der Operation. Der Anus praeter hat damit nichts zu tun. (64 a)
8. Jeder der es wissen will, kann wissen, daß ich einen Anus praeter habe. (49 b)
9. Mit der Versorgung des Stomas fühlte ich mich von Anfang an sicher. (52 c)

10. Bei der Versorgung versuchte ich, mir bald eine bestimmte Ordnung anzugewöhnen, um mir so die Arbeit zu erleichtern. (36 c)

Das Problem "Anus praeter" wird als ein geringes abgetan. Man findet sich ab, es ist halb so schlimm, man denkt fast nie daran und man ist von Anfang an sicher bei der Versorgung. Es ist offensichtlich, daß real auftauchende Probleme eher verdrängt als verarbeitet werden.

Faktor 5

Auch dieser Faktor spiegelt eine depressive Grundstimmung wieder mit besonderer Betonung des Rückzugs in die familiären oder beruflichen Pflichten, oder, allgemein ausgedrückt, in die einem vom sozialen Umfeld auferlegte Rolle: "rollenkonformer Rückzug".

1. Die Beziehung zu meinen Kollegen ist seit der Operation schlecht. Ich bin kein vollwertiger Mitarbeiter mehr. (61 d)
2. Ich fühle mich immernoch krank. (55 c)
3. Wozu brauche ich Freunde. Ich habe ja meine Familie. (66 c)
4. Mit der Versorgung des Anus praeter bin ich nur selten sicher, aber ich lasse es mir nicht anmerken. (52 b)
5. Ich besuche Freunde und Bekannte seltener als vor der Operation. Meine Krankheit hindert mich daran. (67 c)
6. Ich habe die Gesundheit durch die Operation nicht wiedererlangt. (58 e)

7. Ich muß nur dann nicht an den Anus praeter denken, wenn ich durch meine Aufgaben in Haushalt oder Beruf davon abgelenkt werde. (57 b)
8. Die Beziehung zu meinem Partner ist abgekühlt. Seit ich das Stoma habe, fühle ich mich nicht mehr als vollwertiger Partner, z.B. im Sexuellen. (72 c)
9. Manchmal fühle ich mich einsam. Meine Aufgaben in Familie oder Beruf helfen mir darüber hinweg. (69 b)
10. Ich habe wenig Freizeit, weil ich ganz in meinen häuslichen oder beruflichen Verpflichtungen aufgehe. (62 d)
11. Mein wichtigster Lebensinhalt ist die Versorgung von Haushalt, Familie und Kindern. (59 a)

Soziale Kontakte werden zugunsten von reiner Pflichterfüllung aufgegeben. Man fühlt sich weder als vollwertiger Mitarbeiter, noch als vollwertiger Partner, aber man hat immerhin noch seine Aufgaben wahrzunehmen, und das hilft einem über die Einsamkeit hinweg. Die Pflichten werden zum Lebensinhalt und zum letzten Halt vor dem Abgleiten in die Depression.

Faktor 6

Im Faktor 6 werden diejenigen Variablen zusammengefaßt, die eine geglückte Verarbeitung der mit dem Anus praeter verbundenen körperlichen, seelischen und sozialen Probleme beschreiben: "reife, realitätsbezogene Akzeptanz".

1. Ich habe öfter als vor der Operation Intimkontakt mit meinem Partner. (74 a)
2. In meiner Freizeit bin ich aktiver als vor der Operation, weil ich mich wieder ganz gesund fühle. (62 b)

3. Ich spreche mit meinem Partner über sexuelle Probleme, die durch den Anus praeter bedingt sein könnten. (73 a)
4. Die Beziehung zu meinem Partner ist inniger als vor der Operation. Wir haben gemeinsam meine Krankheit überwunden und dadurch ein intensives Vertrauensverhältnis aufgebaut. (72 f)
5. Mein Lebensinhalt ist es, das Leben intensiv zu erleben: gute Partnerschaft und zwischenmenschliche Beziehungen. (59 e)
6. Ich treibe Sport. Ich fühle mich sogar kräftiger als vor der Operation. (63 a)
7. Die Beziehung zu meiner Familie ist mindestens so gut wie vor der Operation. In Bezug auf meinen Anus praeter finde ich Unterstützung. (65 a)
8. Manchmal bin ich für Hilfe bei der Versorgung meines Anus praeters dankbar, auch wenn ich im allgemeinen ganz gut alleine zurechtkomme. (40 b)
9. Die Beziehung zu meinen Kollegen ist gut. Ich kann mit einigen auch über Schwierigkeiten sprechen, die ich wegen meines Anus praeters im Beruf habe. (61 b)
10. Die Darmoperation war für mich auf jeden Fall eine positive Wende in meiner Krankengeschichte. (37 c)

Gute zwischenmenschliche Beziehungen haben in diesem Faktor die zentrale Bedeutung. Es bestehen reichhaltige soziale Kontakte und allgemeine vitale Aktivität. Mit dem Stoma zusammenhängende Probleme werden erkannt und unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes bewußt verarbeitet.

5.1.2 Bewertung der Faktoren durch Korrelierung mit dem Gießen-Test

Faktor 1: vollständiger Beziehungsverlust

Es ist nicht überraschend, daß sich Patienten, die einen massiven Abbau ihrer sozialen Kontakte erlitten haben, im Gießen-Test als negativ sozial resonant einstufen, das heißt, daß hohe Faktor 1 - Scores signifikant mit niedrigen GT - Skala 1 - Scores korrelieren (Signifikanzniveau und Korrelationskoeffizienten siehe Tabelle 1). Diese Stoma-Patienten fühlen sich nach der Kurzbeschreibung der linken Seite der Skala 1 des GT unattraktiv (wer soll mich denn schon besuchen), unbeliebt und mißachtet (ich habe manchmal das Gefühl, nicht für vollwertig gehalten zu werden).

Auch die positive Korrelation zwischen Faktor 1 und der Skala 4 des GT war zu erwarten: Die depressive Grundstimmung, die im Faktor 1 bei einigen Items als Grund für die soziale Inaktivität zum Ausdruck kommt (Items 4, 5), schlägt sich auch im GT als hoher Score auf der Depressivitäts-Skala nieder.

Die stärkste Korrelation besteht zwischen Faktor 1 und den GT - Skalen 5 und 6 (diese beiden Skalen korrelieren bei der Eichstichprobe aus der Normalbevölkerung mit $r = 0.53$ miteinander). Die reaktive postoperative Beziehungslosigkeit spiegelt stark retentive Persönlichkeitszüge wieder (Skala 5) und ist auch als ein Ergebnis der sozialen Impotenz der Primärpersönlichkeit zu sehen (Skala 6). Nach den Kurzbeschreibungen der entsprechenden Seiten der GT - Skalen erleben die Patienten sich als verschlossen, anderen fern, mißtrauisch, in der Liebe wenig erlebnisfähig, ungesellig und wenig hingabefähig.

Faktor 2: schwere depressive Verstimmung

Wie zu erwarten korreliert der Faktor 2 am stärksten mit der GT - Skala 4. Die für diesen Faktor kennzeichnende Depressivität (besonders Items 1, 2, 3 und 4) weist auf grundlegend depressive Züge in der Primärpersönlichkeit hin. Nach der Kurzbeschreibung der rechten Seite der Skala 4 des GT sind die Patienten häufig bedrückt (ich bin fast immer niedergeschlagen), neigen zur ständigen Selbstreflexion und Selbstkritik und sind übermäßig ängstlich.

Weiterhin bestehen geringere Korrelationen zwischen Faktor 2 und den GT - Skalen 1, 5 und 6. Wie auch bei Faktor 1 gehen postoperative Depressivität mit negativer sozialer Resonanz, sozialer Impotenz und mit retentiven Persönlichkeitsmerkmalen einher. Nur die Ausprägungen sind bei beiden Faktoren unterschiedlich stark.

Faktor 3: Fixierung auf die Krankheit Anus praeter

Auch hier sind wieder positive Korrelationen mit den Skalen 4 und 6 des GT zu beobachten, die zwar noch signifikant, aber niedriger sind als bei den Faktoren 1 und 2. Die Neigung zum Grübeln (über die Krankheit, den Anus praeter - ich muß andauernd an den Anus praeter denken - und den Sinn des Lebens - es fällt mir schwer, noch einen sinnvollen Lebensinhalt zu finden - Items 2, 5, 6 und 8) - erklärt den Zusammenhang mit der rechten Seite der Skala 4 (Depressivität), und die Behinderung, die man wegen der Krankheit Anus praeter verspürt, führt zum Gefühl der sozialen Impotenz (rechte Seite der Skala 6 des GT).

Faktor 4: überkompensatorische Verleugnung

Daß dieser Faktor negativ mit den Skalen 4 und 6 des GT korreliert, überrascht nicht, erleben sich die Patienten

mit hohem Faktor 4 - Score doch als zuversichtliche, vielbeschäftigte und in jeder Situation sichere Personen (Items 1, 3 und 9). Dies entspricht genau der Kurzbeschreibung der linken Seite der Skalen 4 und 6 des GT: die Probanden mit niedrigen Scores in diesen Skalen charakterisieren sich als selten bedrückt, wenig zur Selbstreflexion neigend, wenig ängstlich, gesellig und hingabefähig.

Man muß jedoch postulieren, daß diese "positiven" GT - Scores wiederum nur Ergebnis der inneren Verleugnerhaltung sind. Diese Annahme wird insbesondere dadurch untermauert, daß der Faktor 6, in dem eine reife, realitätsbezogene Bewältigung der Anus praeter - Problematik zum Ausdruck kommt, keine Korrelation mit der Skala 4 des GT aufweist. Hinsichtlich des Persönlichkeitsmerkmals "Grundstimmung" sind die Patienten mit hohem Faktor 6 Score normalverteilt. Sie haben es offensichtlich nicht nötig, sich eine besonders gute Stimmung vorzumachen.

Faktor 5: rollenkonformer Rückzug

Der Faktor 5 korreliert positiv mit allen Skalen des GT außer der Skala 1. Hohe Faktor 5 - Scores sprechen demnach für Gefügigkeit, Meiden von Auseinandersetzungen und Geduld (Kurzbeschreibung der rechten Seite der Skala 2 des GT). Man gibt sich mit seinem Schicksal zufrieden und wendet sich seinen Pflichten zu (Items 7, 9, 10 und 11). Weiterhin zeigt sich eine Tendenz zur Zwanghaftigkeit (rechte Seite der Skala 3 des GT), die im Faktor 5 als Pflichtbewußtsein zum Ausdruck kommt (Item 10). In der depressiven Grundstimmung besteht Übereinstimmung mit den Faktoren 1 - 3, ebenso in Bezug auf Skala 6 (soziale Potenz): Man fühlt sich nicht vollwertig (Item 1). Der retentive Persönlichkeitszug (Skala 5) schlägt sich als Reduktion und Beschränkung der sozialen Kontak-

te auf ein Minimum, sprich Rückzug in eine scheinbare Geborgenheit in der Familie, nieder (wozu brauche ich Freunde, ich habe ja meine Familie, Items 3 und 9).

Tabelle 1: Korrelationen zwischen GT und Faktoren

n = 232	F 1	F 2	F 3	F 4	F 5	F 6
GT 1	r = -0.24 p < 0.01	-0.21 0.01				
GT 2	r = p <				0.17 0.01	
GT 3	r = p <				0.21 0.00	-0.13 0.05
GT 4	r = 0.20 p < 0.01	0.27 0.01	0.14 0.03	-0.24 0.01	0.22 0.01	
GT 5	r = 0.30 p < 0.01	0.17 0.01			0.14 0.03	-0.22 0.01
GT 6	r = 0.26 p < 0.01	0.26 0.01	0.19 0.01	-0.13 0.05	0.15 0.02	-0.27 0.01

r = Korrelationskoeffizient

p = Irrtumswahrscheinlichkeit

GT 1 = Soziale Resonanz

GT 2 = Dominanz

GT 3 = Kontrolle

GT 4 = Grundstimmung

GT 5 = Durchlässigkeit

GT 6 = Soziale Potenz

F 1 = Beziehungsverlust

F 2 = Depression

F 3 = Fixierung auf A. p.

F 4 = Verleugnung

F 5 = Rollenkonformität

F 6 = Reife Akzeptanz

Faktor 6: reife realitätsbezogene Akzeptanz

Die negativen Korrelationen mit den GT - Skalen 5 und 6 sind einleuchtend: Patienten mit hohem Faktor 6 - Score

sind natürlich sozial potenter und gehen eher aus sich heraus als diejenigen, denen keine adäquate Verarbeitung des Problems Anus praeter gelungen ist. Die Kurzbeschreibung der linken Seite der Skala 6 des GT beinhaltet die Eigenschaften gesellig, hingabefähig und fähig zu dauerhaften Beziehungen. Die Verbindung zu den Items 4, 5 und 7 des Faktors 6 ist offensichtlich. Auf den ersten Blick macht die Interpretation der Korrelation mit der Skala 3 des GT Schwierigkeiten. Vielleicht ist es für einen "unterkontrollierten", ausgelassenen Menschen einfacher, mit einem so schwerwiegenden Eingriff wie der Anlage eines Anus praeters fertig zu werden.

Das Nichtvorhandensein einer Korrelation zwischen Faktor 6 und Skala 4 des GT wurde bereits diskutiert.

5 1.3 Interdependenz zwischen Alter und Faktoren

Da zwischen Karzinom- und Colitis ulcerosa - Patienten große Unterschiede hinsichtlich des Erkrankungs- und Operationsalters bestehen, und sich diese Unterschiede auch in den Stichproben dieser Studie niederschlagen, wurden die Korrelationskoeffizienten zwischen den einzelnen Faktoren und dem Alter nach Grundkrankheiten getrennt berechnet.

Die Faktoren 1, 2 und 4 erwiesen sich für beide Patientengruppen als altersunabhängig.

Bei den Faktoren 3 und 5 ließen sich nur in der Karzinom-Gruppe geringe Korrelationen mit dem Alter nachweisen. Der positive Zusammenhang mit Faktor 3 spricht dafür, daß ältere Patienten, die oft von Haus aus sozial weniger aktiv sind, es schwerer haben, sich an das Leben mit einem Anus praeter zu gewöhnen. Sie empfinden das Stoma vielleicht besonders stark als körperfremd, und somit als Krankheit. Die negative Korrelation zwischen Alter und Faktor 5 zeigt nur, daß es für alte Menschen

oft nicht mehr möglich ist, sich hinter Pflichten zu verschanzen: Aus dem Berufsleben scheidet man spätestens mit 65 Jahren aus, und auch die Familienaufgaben sind in diesem Lebensabschnitt meist bereits erfüllt. Daß bei beiden Faktoren in der Colitis-Gruppe keine Altersabhängigkeit besteht, liegt daran, daß in dieser Studie fast keine über 65 Jahre alten Colitis-Patienten untersucht wurden.

Faktor 6 hingegen ist bei beiden Gruppen stark altersabhängig: Eine gelungene Problembewältigung nach dem tiefen Eingriff in das Körperschema mit allen seinen Konsequenzen und Komplikationen wird mit zunehmendem Alter immer schwerer. Diese Tendenz scheint bereits im mittleren Lebensalter einzusetzen, da sie für die jüngeren Colitis-Patienten ebenso zutrifft wie für die Karzinom-Patienten.

Tabelle 2: Altersabhängigkeit der Faktor Scores

		F 3	F 5	F 6
Alter				
Karzinom	r =	0.25	-0.16	-0.36
n = 167	p <	0.01	0.04	0.01
Colitis	r =			-0.44
n = 67	p <			0.01

r = Korrelationskoeffizient

p = Irrtumswahrscheinlichkeit

5.1.4 Abhängigkeit der Faktoren von anderen Parametern

Faktor 1 weist positive Korrelationen mit den postoperativen Beschwerden-Listen-Scores und mit der Häufigkeit von nach der Operation neu hinzugekommenen Zweitkrankheiten und Beschwerden auf. In welcher Richtung die

Kausalität dieser Abhängigkeitsbeziehung zu sehen ist, muß offen bleiben: Neigen Patienten mit vielen Beschwerden zu einer mit Beziehungsverlust und Depressivität einhergehenden pathologischen Anpassung an das Leben mit dem Stoma, oder führt der Beziehungsverlust und die Einsamkeit zu einer stärkeren Bewertung der eigenen physischen und psychischen Gebrechen? Wahrscheinlich bedingt das eine das andere in einem sich steigernden *circulus vitiosus*.

Die geringe positive Korrelation zwischen Faktor 1 und den praeoperativen Beschwerden-Listen-Scores ist nur knapp über dem Signifikanzniveau und muß als fraglich bewertet werden.

Erwähnenswert ist noch der Zusammenhang zwischen Faktor 1 und dem sozialen Status: Patienten aus einfacheren Schichten scheinen eher gefährdet zu sein, nach der Anlage eines Anus praetern ihre sozialen Kontakte aufzugeben.

Faktor 2, Faktor 3 und Faktor 5 korrelieren wie Faktor 1 mit den postoperativen Beschwerden-Listen-Scores. Auch hier ist die Kausalitätsrichtung nicht bestimmbar: Führt die inadäquate, nicht gelungene Anpassung an das Leben mit dem Stoma in Form der Depression, des Verharrens in der Krankheit oder des rollenkonformen Rückzugs in die bloße Pflichterfüllung zum Ausbruch und zur Überbewertung der postoperativen Beschwerden, oder verursachen erst die Beschwerden das Mißlingen der Problembewältigung? Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang, daß Faktor 4 stark negativ mit den postoperativen Beschwerden-Listen-Scores korreliert, Faktor 6 dagegen keinen Zusammenhang mit diesem Parameter zeigt. Dies kann als ein weiteres Indiz für die Verleugnungstendenz in Faktor 4 gewertet werden. Patienten, die ihr Stoma realitätsbezogen akzeptieren, können auch die damit verbundenen Beschwerden offen zugeben und haben deshalb auch keine signifikant

niedrigeren Beschwerden-Listen-Scores. Diejenigen hingegen, die die mit dem Stoma zusammenhängende Problematik verleugnen, werden wahrscheinlich dazu tendieren, auch ihre übrigen körperlichen Beschwerden nicht zuzugeben.

Faktor 3 korreliert außer dem bereits erwähnten Zusammenhang noch negativ mit dem Index für die Betreuung vor und nach der Operation. Auch hier stellt sich wieder die Frage nach der Kausalität. Fühlen sich Patienten, die den Anus praeter als Krankheit und als "Fremdkörper" empfinden, schlechter betreut, oder, was wahrscheinlicher erscheint, neigen nur unzulänglich betreute Stoma-Träger dazu, das Stoma als etwas bleibend Krankhaftes anzusehen? Es ist gut vorstellbar, daß eine gute Betreuung, die auch psychosoziale Aspekte mit berücksichtigt, sehr wohl dazu beitragen kann, einer Fixierung auf die Krankheit Anus praeter vorzubeugen.

Weiterhin korreliert Faktor 3 positiv mit den postoperativ verstärkt hervortretenden Zweitkrankheiten. Dieser Zusammenhang ist wahrscheinlich durch die Altersabhängigkeit von Faktor 3 bedingt, da auch die Häufigkeit der verstärkt hervortretenden Zweitkrankheiten altersabhängig ist.

Faktor 4 korreliert nicht nur negativ mit den postoperativen Beschwerden-Listen-Scores, sondern auch mit den anderen Parametern, die die postoperativen Krankheiten und Beschwerden erfassen. Die möglichen Gründe hierfür wurden bereits diskutiert.

Darüberhinaus ist ein positiver Zusammenhang zwischen Faktor 4 und den Indices für Aufklärung und Betreuung zu beobachten. Leider gibt es kein Maß dafür, wie die Aufklärungsarbeit geleistet wurde. Haben die Ärzte, die vor der Operation mit dem Betroffenen sprachen, in irgendeiner Weise versucht, eine positive Auseinandersetzung mit

der Problematik einer Stoma-Anlage zu ermöglichen, oder wurde die Operation und ihre Folgen so vom Tisch gefegt, wie der Patient es nun tut?

Faktor 5 korreliert wie Faktor 3 mit dem Betreuungs-Index. Auch hier ist die Kausalitätsrichtung nicht determinierbar. Der Zusammenhang mit den postoperativen Beschwerden-Listen-Scores wurde bereits diskutiert.

Faktor 6 hängt am stärksten mit den praeoperativen Beschwerden-Listen-Scores zusammen. Das ermahnt uns zur äußerst kritischen Indikationsstellung bei dem Entschluß zu einer Operation, die eine Stoma-Anlage erforderlich macht: Je mehr Beschwerden ein Patient hat, je größer also sein Leidensdruck ist, desto eher wird er die Notwendigkeit einer radikalen Operation einsehen und nachher auch den Anus praeter als zwar unangenehme aber lebens- oder zumindest Lebensqualität-erhaltende Lösung akzeptieren.

Auch die Abhängigkeit des Faktor 6 Scores von der praeoperativen Aufklärung ist zu beachten. Je besser die Patienten vorher aufgeklärt werden, und dazu gehört nicht nur eine rein sachliche Information über den Ablauf von Narkose und Eingriff, sondern auch eine echte seelische Hilfe, desto eher werden sie es lernen, mit einem Anus praeter zurechtzukommen und trotz dieser Belastung ein sinnerfülltes Leben zu führen.

Abschließend sei noch der positive Zusammenhang zwischen Faktor 6 und sozialem Status erwähnt: Personen mit höherem sozialen Status können sich besser an die durch die Operation veränderte Lebenslage anpassen.

Tabelle 3: Faktorscores und andere Parameter

n = 243	F 1	F 2	F 3	F 4	F 5	F 6
Sozial-	r = -0.19					0.17
status	p < 0.01					0.01
Index	r =			0.33		0.16
Aufklärung	p <			0.01		0.01
Index	r =		-0.17	0.23	-0.18	
Betreuung	p <		0.01	0.01	0.01	
Zweit-	r = 0.15			-0.20		
krankh.	p < 0.02			0.01		
verstärkt.	r =		0.17	-0.18		
Zweitkr.	p <		0.01	0.01		
BL vor Op.	r = 0.12					0.36
n=241	p < 0.05					0.01
BL jetzt	r = 0.27	0.19	0.16	-0.28	0.17	
n=241	p < 0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	

r = Korrelationskoeffizient

p = Irrtumswahrscheinlichkeit

5.2 Einzeldarstellung der wichtigsten Variablen zur Anpassung an das Leben mit dem Stoma

In der Faktorenanalyse erhielt jeder Patient sechs Faktor-Scores, an deren Höhe man ablesen kann, zu welcher der in den Faktoren beschriebenen Verlaufsformen er am ehesten neigt. Diese Faktor-Scores sind kontinuierliche, relative Merkmale, mit deren Hilfe nicht dargestellt werden kann, wieviele Patienten tatsächlich ganz bestimmte Reaktionen zeigten. Es kann auch nur schwer abgeschätzt werden, wieviele Patienten den einzelnen Faktoren, sprich Verlaufsformen zuzurechnen sind. Außer

dem konnten nicht alle Variablen des Fragebogens einem der sechs Faktoren zugeordnet werden. Es erscheint daher sinnvoll, zusätzlich zur Faktorenanalyse wichtige Einzel-Variable nach Themenkomplexen geordnet auszuwerten.

5.2.1 Stimmungslage

Die Stimmungslage der Betroffenen ist ein Spiegel ihrer innerseelischen Situation. Jeder zweite Stomaträger gibt seine Stimmung zur Zeit der Operation und unmittelbar danach als traurig-deprimiert bis hoffnungslos an. Zum Zeitpunkt unserer Untersuchung (durchschnittlich 4.2 Jahre nach der Operation) sind noch über ein Viertel der Patienten überwiegend niedergeschlagen oder können sich nur durch Ablenkung bei Laune halten.

Schon die Mitteilung, daß ein Anus praeter angelegt werden muß, löste bei 18.5 % der von uns untersuchten Patienten Depressivität aus. Sie fühlten sich hoffnungslos und hatten Angst, die Operation nicht zu überleben. 45.4 % reagierten zutiefst betroffen, waren aber hoffnungsvoll, und 36.1 % fanden die Notwendigkeit der Stomaanlage angesichts der Heilungschancen "halb so schlimm" (Faktor 4)*. Als die Patienten das Stoma zum ersten Mal sahen, konnten 7.8 % den Anblick nicht ertragen, weitere 7.8 % hatten das Gefühl, eine Krankheit gegen eine andere vertauscht zu haben, und 17.3 % gaben an, dem Weinen nahe gewesen zu sein. Die große Mehrheit (67.1 %) sah jedoch der Krankenschwester zu, um möglichst schnell die Versorgung zu erlernen (Faktor 4).

In den ersten Wochen nach der Operation fühlten sich 28.7 % der Patienten sehr depressiert und für 11.2 % schien das Leben seinen Sinn verloren zu haben (Faktor

*in Klammern wird angegeben, wo sich die Variablen in der Faktorenanalyse wiederfinden

2). 38.1 % gaben an, sich mit dem Anus praeter schon gleich abgefunden zu haben (Faktor 4) und weitere 33.2 % versuchten, sich bewußt mit der neuen Lebenssituation vertraut zu machen.

Tabelle 4: Stimmungslage

	% der Patienten n = 243
a. bei Eröffnung, daß Stomaanlage nötig	
- zutiefst betroffen	45.4
- fanden es "halb so schlimm"	36.1
- hoffnungslos	18.5
b. bei Angesicht des Stomas	
- erheblich betroffen, dem Weinen nahe	32.9
- interessiert, die Versorgung bald zu erlernen	67.1
c. zwei Wochen nach der Operation	
- deprimiert	28.7
- zuversichtlich, hatten sich abgefunden	38.1
- traurig, aber bewußte Problembewältigung	33.2
d. zur Zeit der Untersuchung (durchschnittlich 4.2 Jahre nach der Operation)	
- noch immer meistens niedergeschlagen	11.3
- bei Ablenkung gut gelaunt	15.6
- meistens wohl auf	73.1

6.1 % der Befragten beschrieben sich zur Zeit der Untersuchung als fast immer niedergeschlagen (Faktor 2), 15.6 % waren nur guter Stimmung, wenn sie sich gebraucht fühlten, 53.5 % versuchten, sich bewußt mit ihren Problemen auseinanderzusetzen und 19.6 % bezeichneten sich als "immer gut gelaunt". 1.7 % antworteten auf die Frage nach der derzeitigen Stimmung, daß sie dauernd an den Anus praeter denken müßten (Faktor 3), und 3.5 %, daß sie sich immer noch krank fühlten.

7.2 % der Stoma-Träger fällt es schwer, noch einen sinnvollen Lebensinhalt zu finden (Faktor 2). Für 21.5 % ist die Versorgung von Haushalt, Familie und Kindern (Faktor 5) und für 8.1 % der Beruf und Anerkennung in der Gesellschaft das wichtigste im Leben nach der Operation. 9.9 % stellen gar die Versorgung des Stomas in den Mittelpunkt ihres Lebens. 52.0 % wollen das Leben intensiv erleben und wünschen sich gute Partnerschaft und zwischenmenschliche Beziehungen (Faktor 6).

5.2.2 Soziale Aktivität

An der Freizeitaktivität hat sich für 43.6 % der Patienten durch die Operation nichts geändert, 12.7 % sind sogar aktiver als vor der Operation (Faktor 6). 19.9 % fühlen sich in ihrer Aktivität durch den Anus praeter gelähmt (Faktor 2). 9.3 % beschäftigen sich in Gedanken auch in ihrer Freizeit häufig mit dem Anus praeter (Faktor 3). 14.4 % widmen ihre Freizeit ganz den häuslichen oder beruflichen Pflichten (Faktor 5).

Freunde und Bekannte werden von 73.1 % der Patienten genauso oft wie vor der Operation besucht. Nur 17.6 % fehlt zu diesen Besuchen seit der Operation der nötige Schwung (Faktor 1) und 9.2 % fühlen sich durch persistierendes Kranksein daran gehindert (Faktor 3). 11.8 % werden seltener von Freunden besucht, weil es niemanden gibt, der sie besuchen könnte (Faktor 1) und 3.0 %, weil sie keine Besucher empfangen wollen (Faktor 3). Die übrigen 85.2 % haben ebenso oft Gäste wie vor der Operation.

Das Kino, das Theater oder sonstige Veranstaltungen besuchen insgesamt 31.6 % der Stoma-Träger seltener als vor der Operation, davon 16.3 % mangels der richtigen Stimmung (Faktor 1), 4.8 % wegen Verpflichtungen und 10.5 % aus gesundheitlichen Gründen (Faktor 3). Für 68.4

% hat sich gegenüber der Zeit vor der Operation nichts geändert.

Tabelle 5: Postoperative soziale Aktivität

	% der Patienten
	n = 243
a. Freizeit	
- nutzen sie aktiv	43.6
- fühlen sich durch das Stoma gelähmt	29.2
- haben keine Freizeit wegen Pflichten	14.4
b. Sport	
- so oft und viel wie praeoperativ	40.8
- treiben keinen Sport mehr	59.2
c. Besuch von Veranstaltungen	
- so oft wie vor der Operation	68.4
- seltener oder gar nicht mehr	31.6
d. Kontakt mit Freunden	
- so oft wie vor der Operation	73.1
- erheblich seltener oder gar nicht mehr	26.9

5.2.3 Beziehungen

47.6 % der Patienten, die nach der Operation wieder eine Arbeit aufgenommen haben, unterhalten so gute Beziehungen zu ihren Berufskollegen, daß sie mit ihnen auch über Probleme sprechen können, die durch das Stoma bedingt sind (Faktor 6). 44.5 % bezeichnen die Beziehungen als gut, sprechen aber nie über ihr Stoma, und nur 5.6 % beschreiben weniger gute kollegiale Kontakte (Faktor 5).

Mit ihrer Familie verstehen sich 60.2 % der Operierten sehr gut. Sie glauben, auch bezüglich des Anus praeterns Unterstützung zu finden (Faktor 6). Bei 1.3 % der Befragten ist die Familie seit der Operation gedanklich in den Hintergrund getreten (Faktor 3), 4.2 % fühlen sich

nicht mehr vollwertig und haben schlechtere Kontakte zur Familie als früher (Faktor 1) und 2.1 % fühlen sich so krank, daß sie zu einer intensiven Beziehung nicht fähig sind. Für die restlichen 32.2 % ist durch den Anus praeter keine Veränderung eingetreten.

Tabelle 6: Beziehungen

	% der Patienten
	n = 243
a. zu den Kollegen im Beruf	
- gute Kontakte, können auch Probleme besprechen	47.6
- gut, aber eher distanziert	44.5
- weniger gute Kontakte	5.6
b. zur Familie	
- gut, finden Unterstützung	60.2
- eher schlechtere Beziehung	7.6
- wie vor der Operation	32.2
c. zu den Freunden	
- gut, wie vor der Operation	64.4
- einige besonders gute Beziehungen	20.9
- weniger Freunde als früher	14.7
d. leiden unter Einsamkeit	
- häufig	7.4
- manchmal	22.2
- selten oder nie	70.4

Die Anzahl und Qualität der Freund- und Bekanntschaften ist für die Mehrzahl der Patienten (64.4 %) durch die Anlage des Stomas nicht beeinflusst worden. 20.9 % geben an, einige wenige besonders intensive Freundschaften zu pflegen, die entscheidend bei der Krankheitsbewältigung mitgeholfen hätten. 4.2 % verzichten zu Gunsten der Familie auf Freunde (Faktor 5), 5.0 % beklagen den Verlust von Freunden seit der Operation (Faktor 1) und

5.5 % werden durch das Stoma oder durch persistierendes Krankheitsgefühl an intensiven Freundschaften gehindert (Faktor 3).

Unter Einsamkeit leiden 7.4 % der Untersuchten häufig (Faktor 1), 22.2 % manchmal, wenn sie nicht durch ihre Pflichten abgelenkt werden (Faktor 5), und 70.4 % selten oder nie.

5.2.4 Partnerschaft

Ihre Partnerbeziehung erleben 32.3 % der Patienten inniger als vor der Operation (Faktor 6), 46.1 % unverändert und 21.6 % abgekühlt. Davon fühlen sich 15.2 % nicht mehr als vollwertige Partner (Faktor 1).

Tabelle 7: Partnerschaft

	% der Patienten
	n = 243
a. Partnerbeziehung	
- inniger als vor der Operation	32.3
- unverändert	46.1
- abgekühlt	21.6
b. Intimkontakt	
- wie vor der Operation oder häufiger	43.8
- erheblich weniger oder gar nicht mehr	56.2
c. sprechen über sexuelle Probleme	
- ist möglich	41.5
- ist nicht möglich, weil peinlich	9.3
- ist unnötig	37.2

9.0 % haben öfter Intimkontakt als vor der Operation (Faktor 6), für 34.8 % hat sich durch die Operation nichts geändert, bei 25.7 % hat die sexuelle Betätigung abgenommen und 15.2 % haben seit der Operation keine

sexuellen Kontakte mehr, während 9.5 % bereits vorher nicht mehr sexuell aktiv waren.

41.5 % der Patienten können mit ihrem Partner über sexuelle Probleme, die durch das Stoma bedingt sein könnten, sprechen (Faktor 6), 9.3 % sind solche Gespräche peinlich (Faktor 1) und 37.2 % halten sie für unnötig.

5.2.5 Umgang mit dem Stoma

26.7 % der Patienten sind so sehr beschäftigt, daß sie fast nie an ihr Stoma denken müssen (Faktor 4), 48.0 % können sich manchmal durch ihre häuslichen oder beruflichen Pflichten von den Gedanken an den Anus praeter ablenken (Faktor 5) und 25.3 % können die Tatsache, daß sie Stoma-Träger sind, nur selten vergessen (Faktor 3).

Tabelle 8: Umgang mit dem Stoma

	% der Patienten
	n = 243
- haben Angst vor Geräuschen und Gerüchen	60.9
- fühlen sich bei der Versorgung nie sicher	21.6
- waren bei der Versorgung nur anfangs unsicher	67.0
- waren bei der Versorgung sofort sicher	11.4
- müssen fast immer an das Stoma denken	25.3
- denken fast nie an das Stoma	26.7
- müssen sich immer ablenken, um nicht dauernd an das Stoma zu denken	48.0

Bezüglich der Stomaversorgung fühlten sich 11.4 % der Anus praeter - Träger von Anfang an sicher (Faktor 4), 21.6 % fühlen sich fast nie sicher (Faktor 2) und 67.0 % haben sich inzwischen ein bestimmtes Versorgungsschema angeeignet, auf das sie sich meistens verlassen können.

Wenn auch das Vertrauen in die technischen Hilfsmittel bei der Versorgung im allgemeinen groß zu sein scheint, so haben doch 60.9 % der Patienten Angst vor Gerüchen und Geräuschen, die mit dem Stoma und seiner Versorgung zusammenhängen.

Wenn man nun die durchschnittlichen Prozentzahlen der wichtigsten Variablen für alle sechs Faktoren ermittelt, erhält man einen ungefähren Überblick - ohne Anspruch auf wissenschaftliche Genauigkeit -, wie große prozentuale Anteile von der Gesamtheit der Patienten den einzelnen Faktoren zugeordnet werden können:

Tabelle 9: Prozentuale Anteile der Faktoren

	% der Patienten
	n = 243
Faktor 1 .	10.8
Faktor 2	13.2
Faktor 3	8.2
Faktor 4	35.9
Faktor 5	19.3
Faktor 6	36.5

Die Summe der Prozentzahlen ergibt nicht 100, da manche Patienten in mehr als einem Faktor hohe Werte aufweisen.

5.3 Analyse der Zweitkrankheiten nach der Operation

Vorweg muß bemerkt werden, daß es sich in der folgenden Aufstellung um Beschwerden und Krankheitssymptome handelt, die von den Patienten subjektiv angegeben wurden. Im Rahmen dieser Studie konnten diese Angaben nicht klinisch objektiviert werden. Es ist also möglich, daß minimale Symptome als Krankheiten in die Aufstellung eingehen und daß klinisch relevante Beschwerden als geringfügig abgetan und nicht genannt wurden. Zum Bei-

spiel ist kaum glaubwürdig, daß die Patienten mit hohem Faktor 4 - Score (Verleugnung) wirklich weniger körperliche Beschwerden haben als alle anderen; es ist vielmehr anzunehmen, daß sich die allgemeine Verleugnungshaltung auch im Nicht-zugeben von Beschwerden niederschlägt. Die folgenden Aussagen sind also als relativ zu betrachten und lassen keine Vergleiche mit klinisch objektivierten Studien zu.

Um einen möglichen Zusammenhang mit der Anlage des Stomas feststellen zu können, wurden die von den Patienten angegebenen, mit der Grundkrankheit nicht in direktem Zusammenhang stehenden Beschwerden, wie schon im Kapitel "Methoden" beschrieben, in neue Beschwerden innerhalb eines Jahres post operationem, neue Beschwerden die später auftraten, und Beschwerden, die schon vor der Operation vorhanden waren, aber nachher verstärkt hervortraten, unterteilt.

5.3.1 Zweitkrankheiten innerhalb eines Jahres nach der Operation

Die postoperative Erkrankungsinzidenz - ohne chirurgische Erkrankungen - ist für die Stomapatienten insgesamt hoch. Im ersten Jahr nach der Operation erkrankten 84 von 243 Patienten - das entspricht 34.6 % - an mindestens einem zusätzlichen, von der Grundkrankheit offenbar unabhängigen Leiden.

Der größte Anteil dieser Krankheiten entfällt auf Funktionsstörungen von Nieren und Harnwegen: Bei fast 10 % aller Patienten begannen meist schon kurz nach der Operation die Beschwerden in diesem Organsystem. In den meisten Fällen ist dies wohl als eine unmittelbare Operationsfolge anzusehen. Rezidivierende Harnwegsinfekte und andere Erkrankungen der Nieren und Harnwege werden nach einer Rektumextirpation auf Grund der operationsbe-

dingten Veränderungen im kleinen Becken gehäuft beobachtet (74).

Tabelle 10: Zweitkrankheiten innerhalb eines Jahres

	Anzahl der Patienten	% der Patienten
1. Nieren- und Harnwegs- erkrankungen	24	9.9
2. Juckreiz, Hautveränderungen	15	6.2
3. Herzbeschwerden	11	4.5
4. Bluthochdruck	11	4.5
5. Rheumatische Beschwerden	8	3.3
6. Allergien	6	2.5
7. Krämpfe	5	2.0
8. Migräne	4	1.6
9. Diabetes	4	1.6
10. Chronische Erkältungen und chronische Bronchitiden	4	1.6
11. Menstruationsbeschwerden	3	1.2
12. Gallenbeschwerden, Gallensteine	3	1.2
13. Asthma	2	0.8
14. Häufiges Erbrechen	2	0.8
15. Starke Gewichtsabnahme	2	0.8
16. Herpes simplex	1	0.4
17. Starke Gewichtszunahme	1	0.4
18. Gicht	1	0.4
19. Sonstige	17	7.0
Gesamt: *	84	34.6

* Die Gesamtwerte entsprechen nicht den Summen der Spalten, da einige Patienten mehr als eine Erkrankung aufwiesen.

Weitere hohe Anteile entfallen auf Bluthochdruck, Herzbeschwerden, Juckreiz und andere Hauterscheinungen sowie rheumatische Beschwerden. Die genaue Aufstellung der

innerhalb des ersten Jahres nach der Operation neu aufgetretenen Zweitkrankheiten ist aus Tabelle 10 ersichtlich.

5.3.2 Zweitkrankheiten, die später auftraten

Tabelle 11: Zweitkrankheiten, die später als ein Jahr nach der Operation neu aufgetreten sind

	Anzahl der Patienten	% der Patienten
1. Nieren- und Harnwegs- erkrankungen	9	3.7
2. Juckreiz, Hautveränderungen	8	3.3
3. Herzbeschwerden	8	3.3
4. Bluthochdruck	9	3.7
5. Rheumatische Beschwerden	15	6.2
6. Allergien	7	2.9
7. Krämpfe	5	2.0
8. Migräne	5	2.0
9. Diabetes	2	0.8
10. Chronische Erkältungen und chronische Bronchitiden	6	2.5
11. Menstruationsbeschwerden	3	1.2
12. Gallenleiden	4	1.6
13. Asthma	2	0.8
14. Herpes simplex	1	0.4
15. Starke Gewichtszunahme	5	2.0
16. Gicht	1	0.4
17. Magen-, Duodenalgeschwüre	4	1.6
18. Sonstige	13	5.3
Gesamt: *	48	19.7

* Die Gesamtwerte entsprechen nicht den Summen der Spalten, da einige Patienten mehr als eine Erkrankung aufwiesen.

Wenn man die weiteren Jahre nach der Operation bis zum Abschluß unserer Studie mit einbezieht - und das sind bei unserem Patientengut durchschnittlich 4,2 Jahre -, so zeigt sich, daß 48 weitere Patienten an mindestens einem bei ihnen vorher nicht bekannten Leiden erkrankten. Insgesamt sind also im Zeitraum unserer Untersuchung bei 132 Patienten (54,3 %) nach der Darmoperation zusätzliche Erkrankungen aufgetreten.

Auch bei den später aufgetretenen Beschwerden stehen die Nieren- und Harnwegsleiden an der Spitze. Inwieweit hier noch von unmittelbaren Folgen des chirurgischen Eingriffs gesprochen werden kann, ist nicht eindeutig zu bestimmen.

Ein weiterer großer Anteil der Erkrankungen ist auch hier wieder "rheumatischer" Art, und auch die vorher bereits besprochenen Herzbeschwerden, der Bluthochdruck und die juckenden Hautveränderungen - wohl vorwiegend im Stomabereich - treten wieder als gewichtig hervor. Die genaue Aufschlüsselung der Beschwerden ist aus Tabelle 11 ersichtlich.

5.3.3 Zweitkrankheiten, die schon vorher bestanden, aber postoperativ verstärkt hervortraten

Von den 111 Patienten, die nach der Operation über den gesamten Zeitraum unserer Untersuchung ohne neue Beschwerden blieben, fallen weitere 40 in die Gruppe derer, bei denen schon vor der Operation vorhandene Erkrankungen nachher besonders stark hervortraten. Es bleibt zum Schluß also nur eine Gruppe von 71 Patienten (29,2 %), die man nach der Stomaoperation als subjektiv beschwerdefrei einstufen kann (abgesehen von den zusätzlichen, durch den Anus praeter bedingten Beschwerden).

Tabelle 12: Verstärkt hervorgetretene Erkrankungen

	Anzahl der Patienten	% der Patienten
1. Nieren- und Harnwegs- erkrankungen	13	5.3
2. Juckreiz, Hautveränderungen	9	3.7
3. Herzbeschwerden	26	10.7
4. Bluthochdruck	20	8.2
5. Rheumatische Beschwerden	26	10.7
6. Allergien	4	1.6
7. Krämpfe	6	2.5
8. Migräne	20	8.2
9. Diabetes	2	0.8
10. Chronische Erkältungen und chronische Bronchitiden	19	7.8
11. Menstruationsbeschwerden	4	1.6
12. Gallenleiden	1	0.4
13. Herpes simplex	2	0.8
14. Starke Gewichtszunahme	7	2.9
15. Gicht	2	0.8
16. Starke Gewichtsabnahme	1	0.4
17. Häufiges Erbrechen	2	0.8
18. Sonstige	7	2.8
Gesamt: *	40	16.5

* Die Gesamtwerte entsprechen nicht den Summen der
Kolumnen, da einige Patienten mehr als eine Erkrankung
aufwiesen.

An nach der Operation verstärkt hervorgetretenen Erkrank-
ungen sind in erster Linie "rheumatische" und Herzbe-
schwerden zu nennen, dicht gefolgt von Bluthochdruck und
Migräne. Auch die Nieren- und Harnwegserkrankungen tre-
ten wiederum hervor. Es ist einleuchtend, daß Patienten,
bei denen schon praeoperativ urologische Leiden vorhan-
den waren, durch die Operationsfolgen besonders gefähr-

det werden. Eine genaue Aufstellung der verstärkt hervorgetretenen Beschwerden findet sich in Tabelle 12.

Tabelle 13: Postoperative Erkrankungsinzidenz

	Anzahl	%
	Pat	Pat.
- postoperativ neu aufgetretene Krankheiten (insgesamt)	132	54.3
- postoperativ neu aufgetretene Krankheiten (innerhalb des ersten Jahres post Op.)	84	34.6
- bereits praeoperativ vorhandene, jedoch seit der Operation verstärkt auftretende Beschwerden	40	16.5
- während des Untersuchungszeitraumes subjektiv beschwerdefrei (abgesehen von Stoma-bedingten Beschwerden)	71	29.2

5.3.4 Interdependenz zwischen Zweitkrankheiten und anderen Parametern

Nur bei den Karzinom-Patienten ergibt sich ein Zusammenhang zwischen Alter und nach der Operation verstärkt hervorgetretenen Beschwerden. Dies ist vielleicht durch das höhere Alter der Krebskranken zu erklären, da mit zunehmendem Alter die typischen Alterskrankheiten, die bei den verstärkt hervorgetretenen Beschwerden überwiegen (Herz, Kreislauf), mit größerer Wahrscheinlichkeit bereits vor der Operation vorhanden waren. Allerdings ist eine dazu analoge Abnahme der neu auftretenden Zweitkrankheiten post operationem mit zunehmendem Alter nicht zu beobachten. Die durchschnittliche Erkrankungsinzidenz ist vielmehr für Patienten jeden Alters gleich.

Die durchschnittliche Anzahl der neu aufgetretenen Krankheiten pro Patient korreliert leicht negativ mit dem Betreuungs-Index, was darauf hinweisen könnte, daß

in Bezug auf das Stoma schlechter versorgte Patienten anfälliger für andere, neue Erkrankungen sind. Das gleiche gilt für die verstärkt hervorgetretenen Beschwerden: Unzureichende Betreuung läßt sowieso vorhandene Leiden in der subjektiven Empfindung des Patienten noch stärker erscheinen.

Auch eine mangelhafte praeoperative Aufklärung wirkt sich in diesem Sinne aus: Schlecht aufgeklärte Patienten haben es, wie wir an der Korrelation zwischen Aufklärungs-Index und Faktor-Scores gesehen haben, schwerer, das Trauma Anus praeter zu verarbeiten, was zu einer verstärkten subjektiven Wahrnehmung von seit langem vorhandenen Erkrankungen führen könnte. Auf die postoperativ neu aufgetretenen Zweiterkrankungen hingegen hat die praeoperative Aufklärung keinen Einfluß.

Sowohl neue, als auch verstärkte Beschwerden korrelieren stark positiv mit der postoperativen Beschwerden-Liste. Dieser Zusammenhang ist ohne weiteres einleuchtend.

Auch die Interdependenz zwischen der Anzahl der neuen und verstärkten Beschwerden und dem Abstand zur Operation in Jahren ist verständlich.

Tabelle 14: Altersabhängigkeit der Zweitkrankheiten

		Anzahl neuer Beschw.	Anzahl verstärkt. Beschw.
Alter:			
Karzinom-Patienten	r =	-	0.31
n = 167	p <	-	0.01
Colitis-Patienten	r =	-	-

r = Korrelationskoeffizient

p = Irrtumswahrscheinlichkeit

Tabelle 15: Zusammenhänge mit anderen Parametern

		durchschnittliche Anzahl neuer Beschwer. pro Patient	durchschnittliche Anzahl verst. B pro Patient
Aufklärung	r =		-0.13
n = 243	p <		0.04
Betreuung	r = -0.13		-0.17
n = 243	p < 0.04		0.01
Jahre s. Op.	r = 0.18		0.20
n = 243	p < 0.01		0.01
BL postop.	r = 0.41		0.40
n = 241	p < 0.01		0.01

r = Korrelationskoeffizient

p = Irrtumswahrscheinlichkeit

5.4 Ergebnisse der Beschwerden-Listen

5.4.1 Vergleich der prae- und postoperativen Scores mit der Eichstichprobe

Im folgenden sollen die Beschwerden-Listen-Scores der Anus praeter - Patienten mit den Mittelwerten der Eichstichprobe, die zur Standardisierung des Tests vorgenommen wurde, verglichen werden. Sowohl vor, als auch nach der Operation sind die Werte der Stoma-Träger signifikant höher als die der Normalbevölkerung, obwohl zwischen den Scores vor der Operation und den Beschwerden nach der Operation schon eine starke, signifikante Besserung zu verzeichnen ist. Daß diese Besserung fast ausschließlich auf die Befreiung der Colitis-Patienten von ihren übermäßig großen praeoperativen Beschwerden zu rückzuführen ist, werden wir beim Vergleich der Gruppen mit verschiedener Grundkrankheit sehen und diskutieren

Die von uns entworfene Beschwerden Liste über speziell seelische Belange, für die, wie bereits erwähnt, keine Eichstichprobe zum Vergleich existiert, unterscheidet sich in ihren durchschnittlichen Summenscores nicht von den standardisierten Skalen. Man kann dieses Ergebnis als Indiz dafür werten, daß seelische und körperliche Beschwerden stark miteinander korrelieren.

Tabelle 16: Summenscores der Beschwerden-Listen

	vor der Operation n = 241	nach der Operation n = 241	Eichstichprobe n = 241
BL	23.1	18.0	14.7
BL'	22.2	17.7	14.7
B(seelisch)	23.0	17.5	

5.4.2 Interdependenz zwischen BL-Scores und anderen Parametern

Sowohl bei den Colitis-, als auch bei den Karzinom-Patienten besteht die leichte Tendenz, daß die jüngeren Patienten vor der Operation größere Beschwerden angeben als die älteren, wenn auch nicht in allen BL-Skalen das Signifikanzniveau erreicht wird. Nach der Operation besteht nur noch bei den Krebskranken ein Zusammenhang zwischen Alter und seelischen Beschwerden. Die möglichen Ursachen für diese Korrelationen werden wir beim Vergleich der Patientengruppen nach Grundkrankheit erörtern. Die Korrelationskoeffizienten und Irrtumswahrscheinlichkeiten finden sich in Tabelle 17.

Des weiteren bestehen Zusammenhänge zwischen BL-Werten und dem Betreuungs-Index, die ohne weiteres einleuchten. Gut betreute Patienten haben nach der Operation weniger Beschwerden und geben auch für die Zeit vor der Opera-

tion in ihrer subjektiven Erinnerung weniger Beschwerden an. Oder fühlen sich etwa Patienten mit stärkeren Beschwerden schlechter betreut? Da sowohl Betreuungs-Index als auch BL-Score auf nicht objektivierbaren Empfindungen des Patienten beruhen, kann diese Frage nicht beantwortet werden.

Der Zusammenhang zwischen BL-Werten und praeoperativer Aufklärung ist eindeutiger: Nur die postoperativen Beschwerden nehmen bei schlechter Aufklärung zu. Im Kontext der Interdependenz zwischen BL-Scores und Faktor Scores ist dies ein deutlicher Hinweis, wie wichtig die solide, einfühlsame praeoperative Aufklärung ist.

Tabelle 17: Altersabhängigkeit der BL-Scores

Alter	vor der Operation			nach der Operation		
	BL	BL'	B(s)	BL	BL'	B(s)
Colitis	r = -	-0.28	-0.25	-	-	
n = 66	p <	0.02	0.04			
Karzinom	r = -0.18	-	-0.21	-	-	-0.18
n = 166	p < 0.02		0.01			0.02

r = Korrelationskoeffizient

p = Irrtumswahrscheinlichkeit

Tabelle 18: Zusammenhänge mit anderen Parametern

		BL vor Op.	BL nach Op.
Aufklärung	r =	-	-0.22
n = 241	p <		0.01
Betreuung	r =	-0.20	-0.34
n = 241	p <	0.01	0.01

r = Korrelationskoeffizient

p = Irrtumswahrscheinlichkeit

5.5 Ergebnisse des Gießen-Tests

Die Stoma-Patienten unserer Studie unterscheiden sich in drei der sechs Skalen von der Eichstichprobe aus der Normalbevölkerung, an der der Test standardisiert wurde: Sie stufen sich als sozial negativ resonant (Skala 1) und als eher dominant (Skala 2) ein. Weiterhin neigen sie von ihrer Grundpersönlichkeit her eher zur Depressivität (Skala 4). Die Abweichungen auf den übrigen Skalen sind so minimal, daß bei der Größe der von uns untersuchten Gruppe das Signifikanzniveau nicht erreicht wird.

Tabelle 19: T-Skalen-Werte der Stomapatienten im GT

Eichstichprobe: T Wert = 50	T-Werte der Stoma-Pat.
Skala 1	
hohe Werte: sozial positiv resonant	
- niedrige Werte: negativ resonant	47.6
Skala 2	
- hohe Werte: gefügig	
niedrige Werte: dominant	45.9
Skala 3	
- hohe Werte: zwanghaft	
- niedrige Werte: unterkontrolliert	49.6
Skala 4	
- hohe Werte: depressiv	53.8
niedrige Werte: hypomanisch	
Skala 5	
hohe Werte: retentiv	51.0
niedrige Werte: durchlässig	
Skala 6	
- hohe Werte: sozial impotent	
niedrige Werte: sozial potent	49.3

5.6 Weitere Variable, die die Rehabilitation beeinflussen können

5.6.1 Praeoperative Aufklärung

Wie bereits in den vergangenen Kapiteln beschrieben, steht die Variable "praeoperative Aufklärung" mit den Faktoren 4 (Verleugnungshaltung) und 6 (Reife Akzeptanz) und mit den postoperativen Beschwerden-Listen-Scores in engem Zusammenhang. Diese Ergebnisse legen nahe, welche entscheidende Aufgabe dem Arzt im Rahmen der Aufklärungsarbeit zukommt, nämlich eine Basis für einen späteren positiven Verlauf der psychosozialen und physischen Rehabilitation des Stoma-Patienten zu schaffen.

Im diesem Kapitel soll kurz dargestellt werden, welche Parameter wir in unserer Studie zur praeoperativen Aufklärung gerechnet haben, und inwieweit diese Themenbereiche bei der Aufklärung unserer Patienten zur Sprache gekommen sind.

Ganz an der Spitze steht das Wissen über die Möglichkeit, im Falle von Problemen bei der Selbsthilfeorganisation Deutsche ILCO Rat zu suchen. 97.9 % der Patienten wissen, daß es die ILCO gibt. Diese hohe Zahl ist sicher mit damit verursacht, daß ein gutes Drittel der untersuchten Patienten über die ILCO angeschrieben worden waren. Aber auch die große Mehrheit der übrigen Stoma-Träger wurde praeoperativ über die Arbeit der ILCO informiert.

An zweiter Stelle der Liste, in der die von uns geforderten Merkmale einer ausreichenden praeoperativen Aufklärung zusammengestellt sind, steht der als positiv erlebte persönliche Kontakt zum Chirurgen. Nur 78.8 % der Patienten bekamen den Chirurgen, der sie operieren sollte, vor der Operation zu Gesicht, und von diesen erlebten 89.6 % dieses Zusammentreffen als positiv und

beruhigend (absolut gesehen sind das nur 70.6 % der Patienten). Etwa 10 % beschrieben den Chirurgen als gleichgültig oder ablehnend. Daß diese Patienten der Operation noch angstvoller als der Durchschnitt entgegensehen und daß sie es eher noch schwerer haben, sich postoperativ mit dem Operationsergebnis Stoma auseinanderzusetzen, verwundert nicht.

An dritter Stelle in unserem Aufklärungs-Index ist zu nennen, daß etwa 80 % der Patienten über die sogenannten "technischen" Aspekte der Operation gut informiert waren. Hierzu gehören das Wissen, daß ein Stoma angelegt werden muß und die Aufklärung über die Art und den Ablauf von Narkose und Eingriff.

Über alle anderen wichtigen Belange wußten nach dem Aufklärungsgespräch weniger als 60 % der Patienten Bescheid.

Tabelle 20 zeigt die genaue Situation des Stomaträgers hinsichtlich aller Items, die in unseren Aufklärungs-Index eingingen auf. Daraus geht hervor, daß, wie bereits erwähnt, zwar die meisten Patienten wissen, daß ein Stoma angelegt wird, aber nur wenige, was das ist, und wie der künstliche After funktioniert. Das ist auch nicht erstaunlich, weil die präoperative Gesprächsdauer zwischen Arzt und Patient relativ kurz ist, und nur gut ein Drittel aller Patienten das Gefühl hat, alle Fragen beantwortet bekommen zu haben. Seelische, soziale und sexuelle Probleme, die auf den Stomaträger zukommen können, werden nur mit einem verschwindend kleinen Anteil der Betroffenen besprochen.

Tabelle 20: Praeoperative Aufklärung

	% der Patienten
- wissen, daß es die ILCO gibt	97.9
- Chirurg als freundlich erlebt, falls vor Op. Kontakt zum Chirurgen	89.6
- aufklärende Gespräche mit Assistenzarzt, Stomatherapeutin oder Schwester geführt	83.7
- wissen, daß ein Stoma angelegt wird	81.9
- Aufklärung über Art der Operation	80.5
- Aufklärung durch den Chirurgen selbst	78.8
- wissen, daß Stoma endgültig ist	58.7
- Aufklärung über Risiken der Operation	45.7
- nach Gespräch alle Fragen beantwortet	44.9
- Aufklärung über spätere Versorgung	37.2
- Gesamtgesprächsdauer über 15 Minuten	36.8
- Gespräch über seelische Belange	36.7
- positives Gefühl nach dem Aufklärungsgespräch	31.0
- Gespräch mit dem Chirurgen über 15 Min.	30.0
- wissen, was ein Anus praeter ist und wie er funktioniert	29.2
- Aufklärung über seelische Probleme	25.7
- Gespräch mit einem Stomaträger	25.5
- Aufklärung über sexuelle Probleme	17.5
- Aufklärung über soziale Probleme	10.6

Es muß nochmals betont werden, daß es mittels eines Fragebogens nicht möglich ist, die Aufklärungs-Situation des einzelnen Patienten objektiv darzustellen. Der von uns entworfene Aufklärungs-Index kann nur ein grobes, semiquantitatives Maß für die geleistete Aufklärungsarbeit sein. Insbesondere ist die Qualität der dabei entstehenden Arzt-Patient-Beziehung auf diese Weise nur schwer beurteilbar. Hierzu müßten detaillierte Interviews geführt werden, die den Rahmen dieser Studie gesprengt hätten.

5.6.2 Prae- und postoperative Betreuung

Der "Betreuungs-Index" mutet auf den ersten Blick sehr heterogen an. In ihm sind alle Variablen zusammengefaßt, die anzeigen, inwieweit dem Patienten von außen geholfen wurde, mit der durch die notwendige Operation verursachten Veränderung seines Lebens zurechtzukommen, angefangen von der ärztlichen und pflegerischen Betreuung in der Klinik bis hin zu der Hilfe, die dem Patienten nach der Entlassung aus der stationären Behandlung durch Mitmenschen, Kirche, Selbsthilfeorganisation und Therapeuten zuteil wird. Weiterhin gehen in den Index diejenigen Parameter ein, die für eine korrekte chirurgische Versorgung stehen. Zu diesen gehört das praeoperative Anzeichnen der Stelle auf der Bauchhaut, wo das Stoma geschaffen werden soll, möglichst in mehreren Körperhaltungen. Dieses Verfahren ist zum einen geeignet, dem Patienten im Rahmen der Aufklärung bildlich den Gedanken nahezubringen, an einer vorher unversehrten Hautstelle ein Stoma zu haben, und zum anderen Voraussetzung dafür, die nach chirurgischen und von der Versorgung her praktischen Gesichtspunkten günstigste Stelle auszuwählen (74).

Wie bereits beschrieben, besteht ein Zusammenhang zwischen dem Betreuungs-Index und den Faktoren 3 (Fixierung auf den Anus praeter), 4 (Verleugnungshaltung) und 5 (rollenkonformer Rückzug), sowie den neuen und verstärkt hervorgetretenen Zweitkrankheiten und den postoperativen Beschwerden-Listen-Scores. Daraus läßt sich ersehen, daß auch die in diesem Index berücksichtigten Variablen für die Abwendung einer pathologischen postoperativen Verlaufsform wichtig sind. Hierbei gilt allerdings die gleiche Methodenkritik, die auch für den Aufklärungs-Index zutrifft und im vorherigen Kapitel bereits ausführlich diskutiert wurde.

Die Aufstellung in Tabelle 21 zeigt die einzelnen Items, die zum Betreuungs-Index gerechnet wurden, und welcher Prozentanteil der Patienten sie jeweils als positiv angab.

Tabelle 21: Prae- und postoperative Betreuung

	% der Patienten n = 243
- keine zusätzliche kirchliche Hilfe nötig	97.9
- das Stoma ist gut sichtbar für Patienten	95.5
- ärztliche Betreuung in der Klinik war gut	91.3
- keine zusätzliche mitmenschliche Hilfe erforderlich	88.8
- pflegerische Betreuung in der Klinik war gut	88.5
- Patient empfindet Lage des Stomas günstig	84.3
- keine zusätzliche psychologische Hilfe nötig	82.6
- Patient wird von der ILCO betreut (ist Mitglied)	78.6
- keine zusätzliche ärztliche Hilfe nötig	78.4
- Patient wird zur Zeit ärztlich betreut	64.0
- bei der Wahl der Stelle für das Stoma wurde übliche Kleidung berücksichtigt	41.7
- die Stelle wurde praeoperativ in einer Körperhaltung angezeichnet	36.6
- psychologische Betreuung in der Klinik war gut	20.2
- Patient wird zur Zeit psychol. betreut	17.4
- die Stelle wurde praeoperativ in mehreren Körperhaltungen angezeichnet	12.3

5.6.3 Geschlecht

In der postoperativen Anpassung an das Leben mit dem Stoma unterscheiden sich die Geschlechter dahingehend, daß männliche Patienten eher dazu tendieren, ihre Probleme zu verleugnen oder als geringfügig abzutun. Sie fallen durch einen signifikant höheren Faktor 4 Score auf. In den anderen Faktoren lassen sich keine signifikanten Unterschiede nachweisen.

Hinsichtlich des Allgemeinbefindens neigen die Frauen in unserer Studie dazu, ihre Beschwerden stärker zu bewerten als die Männer. Das gilt sowohl für die Zeit vor, als auch für die Zeit nach der Operation. Wahrscheinlich liegt der Grund für diesen Unterschied in dem, was auch den höheren Faktor 4 - Score der Männer ausmacht: Es fällt ihnen schwerer, ihre Beschwerden zuzugeben.

Allerdings ist diese schlechtere Einstufung des Befindens durch die Patientinnen nicht mit einer gleichzeitigen Häufung von neuen oder verstärkt hervorgetretenen Zweitkrankheiten verbunden. Hinsichtlich dieses Parameters sind die Geschlechter gleich.

Im Gießen-Test ist nur in der Skala 4 ein signifikanter Unterschied zwischen Männern und Frauen festzustellen: Die weiblichen Stoma-Träger stufen sich depressiver ein. Aber auch die männlichen Probanden liegen mit ihrem Skala 4 - Score noch deutlich auf der depressiven Seite im Vergleich zur Normalbevölkerung. Auch diese Differenz zwischen Frauen und Männern dürfte in der größeren Verleugnungshaltung der Männer begründet sein, da, wie bereits beschrieben, der Skala 4 - Score des GT signifikant negativ mit dem Faktor 4 - Score korreliert.

Tabelle 22: Geschlechtsunterschiede

	männlich	weiblich	t-Wert p
BL vor Op.	m = 21.0 n = 125	m = 25.5 n = 116	t = -2.49 p < 0.01
BL' vor Op.	m = 18.3 n = 125	m = 26.5 n = 116	t = -4.51 p < 0.01
BL postoperativ	m = 16.2 n = 125	m = 20.0 n = 116	t = -2.47 p < 0.01
BL' postoperativ	m = 15.0 n = 125	m = 20.6 n = 116	t = -3.38 p < 0.01
GT-Skala 4 (Grundstimmung)	m = 53.1 n = 123	m = 54.6 n = 109	t = -2.27 p < 0.02
Faktor 4 (Verleugnung)	m = 0.23 n = 126	m = -0.24 n = 117	t = 3.72 p < 0.01

m = Mittelwert

t = t-Wert

p = Irrtumswahrscheinlichkeit

5.6.4 Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit nach der Operation

Mit den folgenden Ergebnissen wird geprüft, inwieweit sich die Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit nach der Operation auf die Anpassung an das Leben mit dem Stoma auswirkt.

Zunächst wollen wir diejenigen, die nach einer Erholungsphase ihre Arbeit wieder aufgenommen haben, mit denen vergleichen, die bis unmittelbar vor der Operation gearbeitet haben, dann aber mit der Anlage des Anus praeteris vor Erreichen der Altersgrenze berentet wurden (25.9 % der Patienten). Die Ergebnisse sind eindeutig:

Die Berenteten imponieren durch höhere Beschwerden-Listenscores und wesentlich mehr neue und verstärkt hervorgetretene Zweitkrankheiten.

In der Faktorenanalyse weisen die Berenteten höhere Faktor 2 - Scores (Depressivität) auf und neigen stärker zur Fixierung auf den Anus praeter (Faktor 3). Der Score im Faktor 6 (reife Akzeptanz) ist dagegen signifikant niedriger.

Der Vergleich der Berufstätigen mit allen Berenteten, also auch denen, die aus Altersgründen oder wegen des schweren Verlaufs ihrer Erkrankung (z.B. chronische, therapieresistente Colitis ulcerosa) schon vor der Operation berentet worden waren (insgesamt 54.3 % der Patienten), bringt ähnliche Ergebnisse: Die postoperativ verstärkt hervorgetretenen Zweitkrankheiten treten bei den nicht mehr berufstätigen Stomaträgern noch deutlicher hervor. Dies ist wohl durch den größeren Anteil an älteren Patienten unter den Berenteten bedingt, da die Häufigkeit der verstärkt hervorgetretenen Zweiterkrankungen, wie bereits beschrieben, altersabhängig ist.

Aus dem gleichen Grunde ist der Faktor 3 - Score, der auch positiv mit dem Alter korreliert, bei allen Berenteten zusammen höher. Dagegen sind die Werte im Faktor 2 (Depressivität) und in den Beschwerden-Listenscores bei den seit der Operation Berenteten am höchsten.

Die Ergebnisse machen deutlich, wie wichtig es für die Betroffenen ist, nach der Operation wieder voll ins Leben integriert zu werden, und das heißt, wenn irgend möglich auch ins Berufsleben.

Die Hausfrauen als weitere Vergleichsgruppe unterscheiden sich nur durch einen höheren Faktor 5 - Score signifikant von den Berufstätigen. Sie vergraben sich eher in ihren häuslichen Pflichten und ziehen sich aus den gesellschaftlichen Aktivitäten zurück.

Tabelle 23: Wiederaufnahme der Berufstätigkeit (1)

	berufstätig	berentet seit Op.	t-Wert p
Anzahl neue	m = 0.82	m = 1.24	t = -2.10
Zweitkrankh.	n = 93	n = 63	p < 0.04
Anzahl verst.	m = 0.43	m = 0.79	t = -2.28
Zweitkrankh.	n = 93	n = 63	p < 0.02
BL postoperativ	m = 15.8	m = 21.2	t = -2.80
	n = 93	n = 62	p < 0.01
BL' postoperativ	m = 15.5	m = 20.6	t = -2.49
	n = 93	n = 62	p < 0.01
Faktor 2	m = -0.16	m = 0.24	t = -3.01
	n = 93	n = 63	p < 0.01
Faktor 3	m = -0.24	m = 0.11	t = -3.07
	n = 93	n = 63	p < 0.01
Faktor 6	m = 0.40	m = -0.15	t = 3.33
	n = 93	n = 63	p < 0.01

Tabelle 24: Wiederaufnahme der Berufstätigkeit (2)

	berufstätig	Hausfrauen	t-Wert p
Faktor 5	m = -0.12	m = 1.21	t = -4.72
(Rollenkonform)	n = 93	n = 18	p < 0.01

m = Mittelwert

t = t-Wert

p = Irrtumswahrscheinlichkeit

Tabelle 25: Wiederaufnahme der Berufstätigkeit (3)

	berufstätig	berentet gesamt	t-Wert p
Anzahl verst.	m = 0.43	m = 0.92	t = -3.02
Zweitkrankh.	n = 93	n = 132	p < 0.01
BL postoperativ	m = 15.8	m = 19.7	t = -2.33
	n = 93	n = 130	p < 0.03
BL' postoperativ	m = 15.5	m = 19.0	t = -2.00
	n = 93	n = 130	p < 0.05
Faktor 2	m = -0.16	m = 0.15	t = -2.21
	n = 93	n = 132	p < 0.03
Faktor 3	m = -0.24	m = 0.19	t = -3.13
	n = 93	n = 132	p < 0.01
Faktor 6	m = 0.40	m = -0.27	t = 5.14
	n = 93	n = 132	p < 0.01

m = Mittelwert

t = t-Wert

p = Irrtumswahrscheinlichkeit

5.6.5 Mitgliedschaft in der ILCO

Wir haben die Patienten für die folgenden Untersuchungen in drei Gruppen unterteilt:

1. Aktive Mitglieder der ILCO, das heißt, Personen, die sich aktiv an den Tätigkeiten der Selbsthilfegruppen beteiligen und auch bereit sind, dafür Zeit zu investieren (27,6 % aller Patienten).
2. Passive Mitglieder, das heißt, Personen, die zwar eingetragene Mitglieder sind, sich eventuell auch für die von der Selbsthilfeorganisation angebotenen Hilfe-

leistungen und Informationen (z.B. Zeitschrift) interessieren, die aber nicht selbst aktiv mitarbeiten (50,6 % aller Patienten)

3. Nichtmitglieder (21,8 % aller Patienten).

Die Prozentzahlen sind nicht unbedingt repräsentativ für alle Stoma-Patienten, da ein gutes Drittel der Anus praeter - Träger dieser Untersuchung über die ILCO angeschrieben worden war. Weiterhin muß bei der Betrachtung der folgenden Ergebnisse mit berücksichtigt werden, daß die Gruppe der Nichtmitglieder fast ausschließlich aus Karzinom-Patienten besteht, da die meisten der Colitis-Patienten über die ILCO erreicht wurden. Dies kommt besonders augenfällig beim Vergleich der praeoperativen Beschwerden-Listen-Scores zum Ausdruck. Die Nichtmitglieder haben den Durchschnittswert der Karzinom-Patienten, während die aktiven Mitglieder fast den Score der Colitiker erreichen. Allerdings ist immernoch ein signifikanter Unterschied zwischen aktiven und passiven Mitgliedern, wo dieser Fehler keine Rolle spielen dürfte, da beide Gruppen je aus einem Drittel Colitis- und zwei Dritteln Karzinom-Patienten bestehen. Ein größerer praeoperativer Leidensdruck scheint also als Motivation für eine aktive Betätigung in der Selbsthilfegruppe zu wirken.

Auch nach der Operation geben aktive Mitglieder stärkere Beschwerden als Nichtmitglieder an. Hier kann jedoch die unterschiedliche Zusammensetzung der Gruppen nicht mehr verantwortlich sein, da die Colitis-Patienten postoperativ eher weniger Beschwerden angeben als die Karzinom-Patienten. Man muß also annehmen, daß die Aktiven wirklich stärkere Beschwerden haben, oder daß sie, was wahrscheinlicher erscheint, eher bereit sind, ihre Beschwerden zuzugeben und sich mit ihnen auseinanderzusetzen. Für letzteres sprechen der signifikant höhere Faktor 6 - Score (reife Akzeptanz) und der signifikant

niedrigere Faktor 3 Score (Fixierung auf den Anus praeter).

Tabelle 26: Mitgliedschaft in der ILCO (1)

	aktive Mitglieder	Nicht- Mitglieder	t-Wert p
BL praeoperativ	m = 28.1 n = 67	m = 15.7 n = 52	t = 5.05 p < 0.01
BL' praeoperativ	m = 27.2 n = 67	m = 16.1 n = 52	t = 4.16 p < 0.01
BL (seelisch) praeoperativ	m = 28.7 n = 67	m = 14.6 n = 52	t = 4.82 p < 0.01
BL postoperativ	m = 20.1 n = 67	m = 15.3 n = 52	t = 2.02 p < 0.05
BL' postoperativ	m = 20.6 n = 67	m = 15.0 n = 52	t = 2.16 p < 0.04
BL (seelisch)	m = 21.6 n = 67	m = 13.1 n = 52	t = 2.96 p < 0.01
Faktor 1 (Beziehungs- verlust)	m = 0.07 n = 67	m = -0.30 n = 53	t = 2.60 p < 0.02
Faktor 3 (Fixierung auf Stoma)	m = -0.19 n = 67	m = 0.26 n = 53	t = -3.00 p < 0.01
Faktor 6 (Reife Akzeptanz)	m = 0.18 n = 67	m = -0.29 n = 53	t = 2.50 p < 0.02

m = Mittelwert

t = t-Wert

p = Irrtumswahrscheinlichkeit

Allerdings darf man auch den hohen Faktor 1 - Score (Beziehungsverlust) der aktiven Mitglieder nicht übersehen, der überraschend ist. Oder ist es gerade die Einsamkeit und soziale Isolierung, die nach der Operation zur Mitarbeit in einem Verein Gleichbetroffener motiviert?

Tabelle 27: Mitgliedschaft in der ILCO (2)

	aktive Mitglieder	passive Mitglieder	t Wert p
BL praeoperativ	m = 28.1 n = 67	m = 23.6 n = 122	t = 2.14 p < 0.04
BL' praeoperativ	m = 27.2 n = 67	m = 22.1 n = 122	t = 2.30 p < 0.03
BL (seelisch) praeoperativ	m = 28.7 n = 67	m = 23.5 n = 122	t = 2.04 p < 0.05

m = Mittelwert

t = t-Wert

p = Irrtumswahrscheinlichkeit

5.6.6 Stomakomplikationen

Im folgenden Vergleich werden nur diejenigen Patienten der Gruppe "mit Komplikationen" zugerechnet, die zur Zeit der Befragung (noch immer) an einer Komplikation litten. Nicht berücksichtigt werden all jene, die zwar irgendwann nach der Operation Schwierigkeiten mit ihrem Stoma hatten, deren Beschwerden aber durch konservative oder chirurgische Maßnahmen behoben werden konnten.

37 % der in unserer Studie Befragten klagten zur Zeit der Untersuchung über chirurgische Komplikationen am Stoma, wobei die Hernie und der Prolaps am häufigsten

auftraten. Eine genaue Aufstellung der Beschwerden findet sich in Tabelle 28.

Tabelle 28: Stomakomplikationen

(Mehrfachangaben möglich)

	% der Patienten
	n = 243
- gesamt	37.0
- Retraktion	7.0
- Prolaps	10.3
- Hernie	15.6
- Stenose	4.1
- Fisteln	2.9
- Abszeß	0.8
- Sonstige	4.9

Die Unterschiede hinsichtlich der Akzeptanz des Anus praeters sind zwischen Patienten mit Stomakomplikationen und Patienten ohne diese nur gering. Verständlicherweise unterscheiden sie sich in den postoperativen Beschwerden-Listen-Scores, aber auch in denen von vor der Operation, was die Vermutung nahe legt, daß Patienten, die postoperativ unter Komplikationen zu leiden haben, retrospektiv auch ihre praeoperativen Beschwerden stärker bewerten.

Weiterhin sind - oder fühlen sich - Patienten mit Komplikationen am Stoma schlechter betreut, was verständlich ist, und sie stufen sich im Gießen-Test als sozial weniger resonant (Skala 1) und weniger potent (Skala 6) ein. Die Unterschiede in den GT Skalen erreichen das Signifikanzniveau von $p < 0.05$ jedoch nur sehr knapp.

In der Faktorenanalyse sind keine signifikanten Unterschiede feststellbar.

Tabelle 29: Auswirkungen von Stomakomplikationen

	mit Komplikat.	ohne Komplikat.	t-Wert p
Betreuungs- Index	m = 5.1 n = 90	m = 5.9 n = 153	t = 2.54 p < 0.02
BL praeoperativ	m = 25.5 n = 88	m = 21.8 n = 153	t = -2.02 p < 0.05
BL' praeoperativ	m = 24.9 n = 88	m = 20.7 n = 153	t = -2.21 p < 0.03
BL postoperativ	m = 21.8 n = 88	m = 15.9 n = 153	t = -3.70 p < 0.01
BL' postoperativ	m = 21.8 n = 88	m = 15.3 n = 153	t = -3.79 p < 0.01
BL (seelisch)	m = 21.9 n = 88	m = 15.0 n = 153	t = -3.58 p < 0.01
GT-Skala 1	m = 46.8 n = 84	m = 48.2 n = 148	t = -2.01 p < 0.05
GT-Skala 6	m = 49.9 n = 84	m = 48.4 n = 148	t = 2.04 p < 0.05

m = Mittelwert

t = t-Wert

p = Irrtumswahrscheinlichkeit

5.6.7 Stuhlregulierende Maßnahmen

Unter stuhlregulierenden Maßnahmen sind Techniken bei der Anlage oder bei der Versorgung des Stomas zu verstehen, mit deren Hilfe es dem Patienten ermöglicht wird nicht ständig auf das Tragen eines Stoma-Beutels angewiesen zu sein, sondern zeitweise mit einer Stoma-Kappe

auszukommen. Diese Möglichkeit ergibt sich vorwiegend für Karzinom-Patienten mit tiefer Colo- oder Sigmoidostomie, die durch Irrigation eine regelmäßige Stuhlentleerung erzielen können. Auch einige Ileostomie-Patienten mit Kock'scher Tasche müssen nicht immer einen Beutel tragen. Insgesamt sind dies in unserer Untersuchung 28,1 % der Patienten.

Die Stoma-Träger mit Möglichkeiten zur Stuhlregulierung unterscheiden sich von den übrigen durch einen erheblich niedrigeren Faktor 3 - Score. Ihr Leben ist viel weniger vom Anus praeter dirigiert als das derjenigen Patienten, die mit einer ständigen, im Falle einer Ileostomie sogar kontinuierlichen Entleerung des Darmes konfrontiert sind. Eine Fixierung auf die Krankheit Anus praeter findet deshalb nur in wesentlich geringerem Ausmaß statt.

Tabelle 30: Stuhlregulierende Maßnahmen

	stuhlregulierende Maßnahmen werden		
	durchge- führt	nicht durch- geführt	t-Wert p
Faktor 3	m = -0.25	m = 0.08	t = 2.36
(Fixierung)	n = 67	n = 171	p < 0.02

m = Mittelwert

t = t-Wert

p = Irrtumswahrscheinlichkeit

6. Vergleich der Colitis- und Karzinom Patienten

Im folgenden Kapitel soll speziell darauf eingegangen werden, in welcher Hinsicht die postoperativen Anpassungsprobleme für die Colitis ulcerosa - und Karzinom Patienten unterschiedlich gewichtet sind. Hierbei werden hauptsächlich die Variablen erwähnt, für die sich signifikante Differenzen zwischen den beiden Patientengruppen ergeben (Ergebnisse der übrigen Variablen siehe Kapitel 6).

6.1 Faktorenanalytische Ergebnisse

Von allen Faktoren trennen nur Faktor 4 (Verleugnung) und Faktor 6 (reife Akzeptanz) zwischen den beiden Patientengruppen.

Tabelle 31: Faktor-Score Differenzen zwischen Colitis und Karzinom Patienten

	Colitis n = 67	Karzinom n = 167	t-Wert	p
Faktor 4	m = 0.22	m = -0.11	2.25	< 0.03
Faktor 6	m = 0.55	m = -0.26	6.06	< 0.01

m = Mittelwert

p = Irrtumswahrscheinlichkeit

Der große Unterschied im Faktor 6 - Score kann durch zweierlei Ursachen bedingt sein: das Alter und die praeoperativen Beschwerden. Diese zwei Variablen korrelieren, wie bereits beschrieben, beide stark mit

dem Faktor 6 - Score und weisen für die Patientengruppen signifikant unterschiedliche Werte auf. So haben die Colitis-Patienten einen durchschnittlichen praeoperativen Beschwerden-Listen-Score von 31.8, während die Karzinom-Patienten nur 19.4 "Beschwerden-Punkte" angeben. Die Regressionsanalyse zwischen Beschwerden-Listen-Score vor der Operation (x-Achse) und Faktor 6 - Score (y-Achse) ergab einen Korrelationskoeffizienten von $r = 0.34$ und die Gleichung

$$y = 0.023 x - 0.54$$

für die Regressionsgerade. Daraus folgt, daß Colitis-Patienten mit einem dem Durchschnitt der Karzinom-Patienten angepaßten Beschwerden-Listen-Score von 19.4 einen Faktor 6 - Score von -0.09 hätten. Das liegt dem wahren Faktor 6 Wert der Karzinom-Patienten von -0.26 zwar näher, erreicht ihn jedoch nicht, sondern ist immernoch signifikant höher. Allerdings kommt nun noch die zweite Ursache ins Spiel: das niedrigere Alter der Colitis-Kranken. Verfährt man ebenso mit der Beziehung zwischen Faktor 6 - Score (y-Achse) und Alter (x-Achse), so läßt sich mit Hilfe der Regressionsgleichung

$$y = -0.041 x + 2.24$$

ein Faktor 6 - Score von -0.24 für Colitis-Patienten berechnen, die das Durchschnittsalter der Krebskranken von 60.8 Jahren erreicht haben. Dieser Wert unterscheidet sich nicht mehr signifikant von dem wahren Faktor 6 - Score der Karzinom-Patienten. Das Alter hat demnach einen noch entscheidenderen Einfluß auf die Anpassung an das Leben mit dem Stoma als der praeoperative Leidensdruck. Dies wird auch durch den noch höheren Korrelationskoeffizienten zwischen Alter und Faktor 6 bestätigt (-0.36 für die Karzinom- und -0.44 für die Colitis-Patienten).

Für die Differenz zwischen den beiden Patientengruppen im Faktor 4 - Score können keine derartigen Erklärungen gefunden werden. Der Faktor 4 Score ist von keiner der Variablen abhängig, in denen sich Colitis- und Karzinom-Patienten signifikant unterscheiden. Man muß also annehmen, daß die Tendenz, Probleme zu verleugnen, mit der Grundpersönlichkeit der Colitis-Patienten zusammen hängt.

6.2 Einzeldarstellung von wichtigen Variablen für die Anpassung an das Leben mit dem Stoma

Wie im allgemeinen Ergebnisteil erscheint es auch hier sinnvoll, die wichtigsten Items, in denen sich Colitis- und Karzinom-Patienten unterscheiden, einzeln auszuwerten und so die verschiedenen Reaktionsweisen der beiden Gruppen noch genauer herauszuarbeiten.

Die Hauptunterschiede zwischen den beiden Gruppen liegen in der Stimmungslage, in der sozialen Aktivität und in der Beziehung zum Partner:

6.2.1 Stimmungslage

Die Karzinom-Patienten sind sowohl in der Zeit unmittelbar nach der Operation als auch zum Zeitpunkt dieser Untersuchung erheblich depressiver als die Colitis-Patienten. Letztere hingegen geben auf die Frage nach der Stimmung Antworten, die sich in die Faktoren 4 (Verleugnung) und 6 (reife Akzeptanz) einordnen lassen

Tabelle 32: Stimmungslage

(Angaben in %)

	Colitis Karzinom	
	n = 67	n = 167
a. bei Eröffnung, daß Stomaanlage nötig		
- zutiefst betroffen	35.5	49.0
- fanden es "halb so schlimm"	45.2	31.7
hoffnungslos	19.3	19.3
b. bei Angesicht des Stomas		
- erheblich betroffen, mußten weinen	29.5	34.2
- interessiert, die Versorgung bald zu erlernen	70.5	65.8
c. zwei Wochen nach der Operation		
- deprimiert	26.2	30.9
- gut, hatten sich abgefunden	46.1	32.9
traurig, bewußte Problembewältig.	27.7	36.2
d. zur Zeit der Untersuchung (durchschnittlich 4.2 Jahre nach der Operation)		
- noch immer meistens niedergeschl.	4.5	14.7
- nur bei Ablenkung gut gelaunt	18.8	14.7
meistens wohl auf	76.7	70.6

6.2.2 Soziale Aktivität

Die Colitis-Patienten sind postoperativ erheblich aktiver als die Karzinom-Patienten. Sie fühlen sich durch den Anus praeter weniger beeinträchtigt, gehen häufiger außer Haus, besuchen öfter das Kino, Theater oder andere Veranstaltungen und kommen öfter mit ihren Freunden zusammen.

Tabelle 33: Postoperative soziale Aktivität

(Angaben in %)

	Colitis	Karzinom
	n=67	n=167
a. Freizeit		
- nutzen sie aktiv	60.0	40.7
- fühlen sich durch Stoma gelähmt	32.3	49.4
- keine Freizeit wegen Pflichten	7.7	9.9
b. Sport		
- so oft und viel wie praeoperativ	50.7	35.4
- treiben keinen Sport mehr	49.3	64.6
c. Besuch von Veranstaltungen		
- so oft wie vor der Operation	86.6	59.2
- seltener oder gar nicht mehr	13.4	40.8
d. Kontakt mit Freunden		
- so oft wie vor der Operation	80.6	68.5
- erheblich seltener oder nicht mehr	19.4	31.5

6.2.3 Beziehungen

Auch bezüglich guter Beziehungen zu Kollegen, Freunden und Familie schneiden die Karzinom-Patienten schlechter ab als die Colitis-Kranken. Allerdings sind die Unterschiede in diesem Teilaspekt des postoperativen Lebens der Stoma-Träger nur gering.

6.2.4 Partnerschaft

Bezüglich der Beziehung zum Partner erleiden die Krebspatienten die gravierendsten Einbußen durch die Anlage des Anus praeter. Etwa ein Drittel der Patienten hat nach der Operation keinen Intimkontakt mehr. Viele beschreiben ihre Beziehung zum Partner als abgekühlt. Die negativen Folgen der Operation sind in dieser

Hinsicht für die Colitis-Patienten weniger schwerwiegend, aber dennoch deutlich: Auch bei ihnen hört für 15,6 % mit der Operation jegliche sexuelle Beziehung auf. Allerdings verbessert sich die Beziehung zum Partner auch für ein gutes Viertel der Colitiker, während dies nur für einen verschwindend kleinen Anteil der Karzinom-Patienten zutrifft. Dies ist leicht dadurch zu erklären, daß für die Colitiker mit der Operation ein oft jahrelanges Leiden beendet wird, durch das insbesondere auch die Partnerschaft einer starken Belastungsprobe ausgesetzt war. Mit dem Wegfallen dieser Belastung können die Patienten förmlich aufblühen. Für die Karzinom-Patienten dagegen addiert sich für die Partnerschaft die Stoma-Problematisierung zur altersbedingt meist sowieso nachlassenden Sexualität.

Tabelle 34: Beziehungen

(Angaben in %)

	Colitis Karzinom	
a. zu den Kollegen (ohne Berentete)	n = 38	n = 49
- gute Kontakte, können auch Probleme besprechen	52.3	45.8
- gut, aber eher distanziert	40.9	48.6
- weniger gute Kontakte	6.8	5.6
b. zur Familie	n = 67	n = 167
- gut, finden Unterstützung	65.7	57.1
- eher schlechtere Beziehung	13.5	17.4
- wie vor der Operation	20.8	25.5
c. zu den Freunden		
- gut, wie vor der Operation	64.1	63.6
- einige besonders gute Beziehungen	23.4	20.0
- weniger Freunde als früher	12.5	16.4
d. leiden unter Einsamkeit		
- häufig	7.5	11.1
- manchmal	20.9	22.4
- selten oder nie	71.6	66.5

Tabelle 35: Partnerschaft

(Angaben in %, ohne Verwitwete)

Colitis Karzinom

n = 64 n = 131

a. Partnerbeziehung

- inniger als vor der Operation	31.3	31.2
- unverändert	51.5	45.1
- abgekühlt	17.2	23.7

b. Intimkontakt

- wie vorher oder häufiger	61.0	32.8
- weniger	23.4	28.5
- gar nicht mehr	15.6	38.7

c. sprechen über sexuelle Probleme

- ist möglich	48.1	38.0
- ist nicht möglich, weil peinlich	5.5	11.6
- ist unnötig	46.4	50.4

6.2.5 Umgang mit dem StomaTabelle 36: Umgang mit dem Stoma

(Angaben in %)

Colitis Karzinom

n=67 n=167

- haben Angst vor Geräuschen, Gerüchen	42.4	69.1
- fühlen sich bei Versorgung nie sicher	13.7	24.8
- waren bei Versorgung nur anfangs unsicher	72.7	65.3
- waren bei Versorgung sofort sicher	13.6	9.9
- müssen fast immer an das Stoma denken	16.1	30.0
- denken fast nie an das Stoma	33.9	24.0
- müssen sich immer ablenken, um nicht dauernd an das Stoma zu denken	50.0	46.0

Obwohl das Ileostoma wegen des flüssigen und aggressiven Stuhls erheblich schwerer zu versorgen ist als das Kolostoma, sind die Karzinom-Patienten, bei denen in den meisten Fällen ein Kolostoma vorliegt, wesentlich un-

sicherer, was die Versorgung anbetrifft, als die Colitiker, die so gut wie immer ein Ileostoma haben.

Dieses für die Colitis-Patienten doch sehr viel positiver aussehende Gesamtbild erklärt leicht den höheren Faktor 6 - Score dieser Gruppe. Aber auch die Tendenzen zur Verleugnung und zum Überspielen von Problemen schwingen in diesen Ergebnissen deutlich mit.

6.3 Ergebnisse der Beschwerden-Listen

Wie erwartet und bereits erwähnt, weisen die Colitiker entsprechend dem klinischen Verlauf ihrer Erkrankung vor der Operation erheblich höhere Beschwerden-Listen-Scores auf als die Karzinom-Patienten. Der Entdeckung des Sigma- oder Rektumkarzinoms geht, wenn überhaupt, nur eine meist sehr kurze Periode geringer Beschwerden voraus, während die Colitis ulcerosa durch einen jahrelangen, oft chronisch rezidivierenden Verlauf gekennzeichnet ist und häufig erhebliche, therapieresistente Beschwerden für die Indikation zur Operation Voraussetzung sind. Um so erstaunlicher ist es, daß auch die Karzinom-Patienten vor der Operation signifikant höhere Beschwerden-Listen-Scores haben als die Normalbevölkerung.

Beide Gruppen liegen auch nach der Operation noch deutlich über dem Durchschnittswert der Eichstichprobe. Allerdings unterscheiden sie sich dann nicht mehr voneinander. Das heißt, die Beschwerden der Colitis-Kranken haben sich durch die Operation erheblich gebessert, während die der Karzinom-Patienten in etwa gleich geblieben sind.

Man könnte annehmen, daß sich der Unterschied zwischen Karzinom-Patienten und Eichstichprobe durch den Altersunterschied erklären läßt, da die Eichstichprobe

gleichmäßig verteilt aus 20 - 64-jährigen besteht und das Alter der Karzinom-Patienten durchschnittlich 60,8 Jahre beträgt. Es zeigt sich jedoch, daß sowohl BL als auch BL' postoperativ nicht altersabhängig sind. Es ergeben sich für die Karzinom-Patienten Korrelationskoeffizienten von -0,02 und -0,03 mit p-Werten $> 0,7$ bei der Prüfung auf Signifikanz. Lediglich bei der Bewertung der seelischen Beschwerden, für die es, wie bereits erklärt, keinen geeigneten Vergleichswert gibt, ist eine geringe, aber signifikante ($p < 0,05$) Altersabhängigkeit zu erkennen, allerdings mit umgekehrtem Vorzeichen: Jüngere Karzinom-Patienten sind seelisch stärker mitgenommen als ältere. Die Vermutung liegt nahe, daß hier die Grunderkrankung Krebs eine größere Rolle spielt als die Anlage des Anus praeter. Für junge Menschen ist die Diagnose Krebs - in der Meinung der Mehrheit der Bevölkerung eine unheilbare Krankheit - vielleicht noch schwerer zu verkraften als für ältere Patienten. Bestärkt wird die Annahme, daß hier die Diagnose ausschlaggebend ist, dadurch, daß sich bei den Colitis-Patienten in keiner der drei postoperativen Beschwerden-Listen ein Zusammenhang mit dem Alter feststellen läßt.

Tabelle 37: Beschwerden-Listen-Scores von Colitis und Karzinom-Patienten

	Colitis n = 66	Karzinom n = 147	Eichstichprobe n = 1761
BL vor Op. m =	31,8	19,4	14,7
BL' vor Op. m =	29,8	18,8	14,7
BL (seelisch) vor Op. m =	33,2	18,3	
BL nach Op. m =	17,1	18,6	14,7
BL' nach Op. m =	16,6	18,3	14,7
BL (seelisch) m =	17,9	17,3	-

Bei beiden Gruppe korrelieren sämtliche praeoperativen Beschwerden-Listen leicht negativ mit dem Alter. Das Signifikanzniveau wird nicht immer erreicht. Vielleicht läßt sich auch dieser Zusammenhang durch eine höhere Bewertung von Beschwerden in einer Erkrankungssituation in jungen Jahren erklären.

6.4 Analyse der Zweitkrankheiten nach der Operation

Wie bereits beschrieben, ist die Erkrankungsinzidenz für Stoma-Patienten nach der Operation hoch. Durch den Vergleich zwischen Colitis- und Karzinom-Patienten läßt sich diese Aussage weiter präzisieren: Für Colitis ulcero-rosa - Erkrankte ist das Risiko, postoperativ an einem neuen, mit der Grundkrankheit nicht in unmittelbarem somatischen Zusammenhang stehenden Leiden zu erkranken, signifikant höher als für die Karzinom-Patienten. Nach einem Jahr geben bereits 46.3 % der Colitis-Patienten an, an mindestens einer neuen, zusätzlichen Krankheit zu leiden, gegenüber 30.5 % der Krebskranken. Im gesamten Verlauf der Studie sind 62.7 % der Colitiker betroffen gegenüber 52.1 % der wegen Krebs Operierten.

Der letztere Unterschied ist allerdings durch den bei den Colitikern durchschnittlich etwas größeren Abstand zur Operation in Jahren zu erklären. Die Gesamtzahl der im Verlauf der Studie neu aufgetretenen Beschwerden (y-Achse) korreliert mit dem zeitlichen Abstand zur Operation (x-Achse). Der Unterschied auf der x-Achse zwischen Karzinom- und Colitis-Patienten beträgt 0.4 Jahre. Mit Hilfe der sich ergebenden Regressionsgleichung

$$y = 0.92 x - 2.93$$

läßt sich für die Karzinom-Patienten, bei denen die Operation gleich lange her ist wie bei den Colitis-Patienten, eine durchschnittliche Anzahl von 1.21 neuen Erkrankungen ermitteln. Dieser Wert unterscheidet sich

nicht mehr signifikant von den 1,28 Neuerkrankungen der Colitiker. Es bleibt also als signifikantes Ergebnis nur die höhere Erkrankungsinzidenz der Colitiker im ersten Jahr nach der Operation, die vom Abstand zur Operation natürlich unabhängig ist.

Tabelle 39: Durchschnittliche Anzahl der neu aufgetretenen Zweitkrankheiten

Anzahl der neu aufgetretenen Zweitkrankh.	Colitis n = 67	Karzinom n = 167	t-Wert p
insgesamt	m = 1.28	m = 0.84	t = 2.13 p < 0.04
im ersten Jahr nach Op.	m = 0.70	m = 0.44	t = 2.08 p < 0.04

m = Mittelwert

t = t-Wert

p = Irrtumswahrscheinlichkeit

Tabelle 40: Postoperative Erkrankungsinzidenz

(Angaben in Prozent)

	Colitis n=67	Karzinom n=167
- postoperativ neu aufgetretene Krankheiten (insgesamt)	62.7	52.1
- postop. neu aufgetretene Krankh. (innerhalb des 1. Jahres post Op.)	46.3	30.5
- bereits praeoperativ vorhandene, seit der Operation verstärkt auftretende Beschwerden	13.4	16.8
- Vorliegen einer Zweiterkrankung (insgesamt)	76.1	68.9

Bei beiden Gruppen treten etwa gleich häufig Nieren- und Harnwegserkrankungen auf. Die Haupterkrankungen der Colitis-Patienten sind darüber hinaus Hauterscheinungen, "rheumatische" Beschwerden, Allergien, chronische Erkältungskrankheiten und Migräne. Bei den Karzinom-Patienten stehen Herzbeschwerden und Bluthochdruck im Vordergrund. Tendenziell läßt sich feststellen, daß Colitiker eher zu Krankheiten neigen, bei denen immunologische Vorgänge eine Rolle spielen (Allergien, "Rheuma", eventuell sogar Migräne), während bei den Karzinom-Patienten den sogenannten Alters- und Zivilisationskrankheiten (degenerative Veränderungen) die größere Bedeutung zukommt.

Tabelle 41: Art der neu aufgetretenen Zweitkrankheiten innerhalb des ersten Jahres post Op.

(Angaben in Prozent; Mehrfachangaben möglich)

	Colitis n=67	Karzinom n=167
- Hauterscheinungen, Juckreiz	17.9	3.0
- Nieren- und Harnwegs- erkrankungen	11.9	8.4
- rheumatische Beschwer- den	4.5	2.4
- chron. Erkältungskrank- heiten, Bronchitiden	4.5	0.6
- Allergien	4.5	1.8
- Migräne	4.5	0.6
- Herzbeschwerden	3.0	5.4
- Bluthochdruck (ess.)	1.5	6.0
- Menstruationsstörungen	1.5	1.2
- Gallenleiden	0.0	1.8
- Diabetes mellitus	0.0	2.4

Auch die Krankheiten, die schon vor der Operation vorhanden, aber postoperativ verstärkt hervorgetreten waren, sind im wesentlichen nach oben beschriebenem Muster verteilt

Tabelle 42: Art der insgesamt neu aufgetretenen
Zweitkrankheiten

(Angaben in Prozent; Mehrfachangaben möglich)

	Colitis n=67	Karzinom n=167
- Hauterscheinungen, Juckreiz	19.4	6.6
- Nieren- und Harnwegs- erkrankungen	16.4	11.4
- rheumatische Beschwer- den	11.9	8.4
- chron. Erkältungskrank- heiten, Bronchitiden	10.5	1.8
- Allergien	8.9	3.6
- Migräne	7.5	2.4
- Herzbeschwerden	6.0	9.0
- Bluthochdruck (ess.)	4.5	10.2
- Menstruationsstörungen	4.5	1.8
- Gallenleiden	0.0	4.2
- Diabetes mellitus	0.0	3.6

Tabelle 43: Art der verstärkt hervorgetretenen
Zweitkrankheiten

(Angaben in Prozent; Mehrfachangaben möglich)

	Colitis n=67	Karzinom n=167
- Hauterscheinungen, Juckreiz	7.5	1.8
- Nieren- und Harnwegs- erkrankungen	6.0	5.4
- rheumatische Beschwer- den	11.9	9.6
- chron. Erkältungskrank- heiten, Bronchitiden	9.0	7.8
- Allergien	1.5	1.2
- Migräne	6.0	9.0
- Herzbeschwerden	6.0	12.6
- Bluthochdruck (ess.)	1.5	10.8
- Menstruationsstörungen	6.0	0.0
Gallenleiden	0.0	0.6
- Diabetes mellitus	0.0	1.2

6.5 Vergleich der Skalenwerte im Gießen-Test

Im Gießen-Test lassen sich zwischen Colitis- und Karzinom-Patienten keine signifikanten Unterschiede nachweisen. Innerhalb der bereits beschriebenen Abweichungen aller untersuchten Stoma-Patienten von der Normalbevölkerung tendieren die Karzinom-Patienten noch stärker zur Dominanz, zur Retentivität und zur sozialen Impotenz als die Colitis-Kranken. Die Irrtumswahrscheinlichkeit liegt jedoch für alle Unterschiede über 0.05

Tabelle 42: Vergleich der T-Werte im Gießen Test

	Colitis	Karzinom
Skala 1		
Soziale Resonanz	47.2	47.8
Skala 2		
Dominanz	46.6	45.6
Skala 3		
Kontrolle	49.7	49.6
Skala 4		
Grundstimmung	53.8	53.8
Skala 5		
Retentivität	50.3	51.4
Skala 6		
Soziale Potenz	48.0	49.8

6.6 Vergleich bezüglich weiterer Variablen

6.6.1 Praeoperative Aufklärung

Im Mittelwert des Aufklärungs-Index liegen die Colitiker mit 10.7 Punkten etwas über den Karzinom-Patienten mit 9.3 Punkten. Allerdings ist diese Differenz nicht signifikant ($p > 0.05$). Die laut unserer Ergebnisse etwas bessere Aufklärung der Colitis-Patienten ist vor allem auf folgende Punkte zurückzuführen: 94 % wissen vor der Operation, daß ein Anus praeter angelegt werden muß, gegenüber nur 77 % der Karzinom-Patienten. Dies ist wohl dadurch bedingt, daß sich bei den Karzinom-Patienten oft erst intraoperativ das ganze Ausmaß des Tumors übersehen läßt, und erst dann die Indikation zur Rektumextirpation gestellt wird. Weiterhin ist die Dauer des Aufklärungsgespräches bei den Colitikern in der

Regel länger als bei den Krebskranken, ihr Gefühl nach dem Gespräch ist positiver und sie wissen eher, was ein Anus praeter ist und wie er funktioniert. Dagegen geben interessanterweise mehr Karzinom-Patienten an, daß nach dem Aufklärungsgespräch alle ihre Fragen beantwortet waren.

Tabelle 43: Praeoperative Aufklärung

(Angaben in Prozent)	Colitis n=67	Karzinom n=167
- wissen, daß es die ILCO gibt	98.5	97.0
- Chirurg als freundlich erlebt	89.3	88.5
wissen, daß ein Stoma angelegt wird	93.9	77.2
Aufklärung über Art der Operation	78.8	80.2
Aufklärung durch Chirurgen selbst	83.1	76.6
wissen, daß Stoma endgültig ist	63.3	51.5
- Aufklärung über Risiken der Op.	46.2	41.3
- im Gespräch alle Fragen beantwortet	38.5	44.9
- Aufklärung über spätere Versorgung	34.4	36.5
Gesamtgesprächsdauer über 15 Minuten	40.3	31.3
Gespräch über seelische Belange	37.9	36.5
Gespräch mit Chirurgen über 15 Min.	35.7	25.0
wissen, was ein Anus praeter ist und wie er funktioniert	36.4	25.7
Aufklärung über seelische Probleme	23.1	26.3
Gespräch mit einem Stomaträger	34.8	20.9
Aufklärung über sexuelle Probleme	17.2	17.4
Aufklärung über soziale Probleme	16.1	7.8

6 6.2 Prae- und postoperative Betreuung

Im Betreuungs-Index liegen die Karzinom-Patienten 0.5 Punkte über den Colitis-Patienten. Dieser Unterschied ist nicht signifikant. Die Krebskranken fühlten sich in der Klinik ärztlich und pflegerisch besser versorgt und

wurden zur Zeit der Untersuchung intensiver durch Ärzte und auch Psychotherapeuten betreut. Die Lage ihres Stomas empfinden die Karzinom-Patienten in der Regel günstiger als die Colitiker. Dies dürfte allerdings wohl am ehesten auf den Unterschied zwischen Ileo- und Kolostoma zurückzuführen sein, da das Ileostoma von Haus aus schwieriger zu versorgen ist.

Tabelle 44: Unterschiede in der Betreuung

(Angaben in %)	Colitis n = 67	Karzinom n = 167
- empfinden Lage des Stomas als günstig	76.1	87.9
- zufrieden mit ärztlicher Betreuung	80.6	95.8
- zufrieden mit pflegerischer Betreuung	75.4	93.2
- werden zur Zeit ärztlich betreut	50.0	68.3
- werden zur Zeit psychol. betreut	8.1	21.8

6.6.3 Berufliche Tätigkeit

In dem größeren prozentualen Anteil der nach der Operation wieder berufstätigen Patienten unter den Colitikern liegt ein weiterer Grund für den höheren Faktor 6 Score dieser Gruppe (siehe Kapitel 8.2). Allerdings ist diese Tatsache nicht von der altersbedingten Differenz im Faktor 6 - Score abzutrennen, da die meisten betroffenen Karzinom Patienten schon vor der Operation aus Altersgründen ihre Arbeit aufgegeben hatten. Der prozentu

ale Anteil an Patienten, die wegen des Stomas berentet wurden, ist bei beiden Gruppen etwa gleich groß, nämlich etwas über ein Viertel aller Betroffenen.

Tabelle 45: Postoperative Berufstätigkeit

(Angaben in Prozent)

	Colitis n=67	Karzinom n=167
postoperativ wieder berufstätig	56.7	29.3
seit der Operation berentet, ohne das Rentenalter erreicht zu haben	25.5	26.3
schon vor der Operation berentet aus Alters- oder Krankheitsgründen	8.9	37.2
Hausfrauen	8.9	7.2

6.6.4 Stomakomplikationen

Tabelle 46: Stomakomplikationen

(Angaben in Prozent; Mehrfachangaben möglich)

	Colitis n=67	Karzinom n=167
gesamt	35.8	36.5
Retraktion	10.4	4.2
Prolaps	11.9	10.2
Hernie	7.5	19.2
Stenose	1.5	5.4
Fisteln	1.5	3.6
Abszeß	1.5	0.6
Sonstige	14.9	1.2

Der prozentuale Anteil der Patienten, die zur Zeit der Untersuchung über Komplikationen verschiedenster Art am

Stoma klagten, ist für Colitis- und Karzinom Patienten annähernd gleich groß. Lediglich bezüglich der Komplikationsarten sind Häufigkeitsunterschiede festzustellen, die sich aus den Unterschieden zwischen Ileo und Kolostoma ergeben.

7. Diskussion

7.1 Allgemeine Ergebnisse

Der englische Chirurg Lockhart-Mummery behauptete 1934, daß "die große Mehrheit der Patienten mit Anus praeter spätestens sechs Monate nach der Operation keine Unbequemlichkeiten mehr von seiten des Stomas zu ertragen" hätten und daß "sie alles wie Gesunde machen" könnten (52). Aus der somatisch orientierten Literatur geht hervor, daß z.B. operierte Colitis-ulcerosa - Patienten geheilt seien und über keine wesentlichen Beschwerden klagten (73).

Dieser Optimismus ist in den letzten Jahren zunehmend geringer geworden, je mehr in umfassenden katamnestischen Studien die psychosoziale Lage der Stoma-Patienten mit berücksichtigt wurde. So schließen Devlin, Plant und Griffin 1971 auf Grund ihrer Untersuchungen, daß "Stoma-Patienten einen immens hohen Preis für die Heilung der Grunderkrankung bezahlen" müßten. "was körperliches und psychosoziales Befinden anbetrifft" (17). Ebenso kam Pryse-Phillips bei einer Untersuchung von 20 Stoma-Trägern zu dem deprimierenden Ergebnis, daß über 50 % der Patienten große Anpassungsschwierigkeiten hatten und über ein Drittel der Betroffenen unter schweren Depressionen litt (60). Wirsching et al. (1977) bestätigten diese Ergebnisse für den deutschsprachigen Raum (75). Engel (1955) (23), Wittich (1968) (76) und Druss et al. (1972) (19) berichteten darüber hinaus von einer Symptomverlagerung nach Proktokolektomie bei Colitis ulcerosa - Patienten.

An diesem wenig optimistischen Ausblick hat sich auch mit modernster Operationstechnik, Stomaversorgung und intensiver Betreuung der Betroffenen wenig geändert.

Thomas et al. berichteten 1984 über 106 Stoma-Patienten, von denen über 50 % in den ersten drei Monaten nach der Operation unter psychopathologischen Zuständen litten (69).

Die ärztliche Aufgabe heute muß es sein, die Umstände, unter denen es bei Stoma-Trägern zu einer mangelhaften Anpassung und Problembewältigung kommt, zu erkennen und so effektiv wie möglich abzuwenden. In unserer ersten Hypothese kommt die Voraussetzung für dieses Ziel zur Darstellung. Sie postuliert, daß die Bewältigungsschwierigkeiten existieren, und daß verschiedene Reaktionsweisen auf diese Problematik, und zwar sowohl pathologische als auch bewältigende, gesunde möglich sind. Welcher dieser Wege bei der Anpassung an das Leben mit dem Stoma eingeschlagen wird, ist für die postoperative Lebensqualität des Stoma-Trägers von entscheidender Bedeutung.

Durch die faktorenanalytische Untersuchung, mittels der eine gesunde Verlaufsform (Faktor 6) und mehrere pathologische Reaktionsweisen (Faktoren 1 - 5) feststellbar waren, konnte diese Hypothese weitgehend bestätigt werden. Es ergibt sich, daß eine noch differenziertere Betrachtung der pathologischen Verlaufsformen, als in der Hypothese gefordert, vonnöten ist. Neben "Depression" und "Verleugnungshaltung", den von Kolb 1959 beschriebenen pathologischen Antwortformen auf einen nicht durch Trauerarbeit bewältigten Verlust (47), zeigen sich in unseren Ergebnissen noch die Verlaufsformen, in denen der soziale Rückzug und Beziehungsverlust, die zwanghafte Fixierung auf den Anus praeter und die rollenkonforme Verzichtshaltung im Mittelpunkt stehen. Diese Reaktionsweisen decken sich fast vollständig mit den von Küchenhoff und Wirsching 1978 auf Grund von tiefenpsychologischen Interviews beschriebenen möglichen Antworten auf die Anlage eines Stomas (49), wobei Wirschings Verlaufsform "depressiver Rückzug" in unserer

Studie in zwei Faktoren, nämlich im Faktor 1 ("Rückzug" = Beziehungsverlust) und im Faktor 2 ("Depression") zum Ausdruck kommt, und sich in unserer Analyse kein eigener Faktor für den von Wirsching beschriebenen sekundären Krankheitsgewinn isolieren läßt. Vielmehr scheint der sekundäre Krankheitsgewinn eine Begleiterscheinung mehrerer der von uns beschriebenen pathologischen Formen zu sein. Auch die von Klußmann 1984 dargestellten weiteren Verlaufsformen, in denen eine Libido-Besetzung des Stomas oder Phantomvorstellungen eine zentrale Bedeutung erlangen (42, 45), kamen in unserer Faktorenanalyse nicht eigens zur Darstellung. Dies ist dadurch erklärbar, daß Patienten, die diese Reaktionen zeigen, sich bezüglich ihrer durch das Stoma bedingten Interaktionen mit der Umwelt noch zusätzlich in einem der von uns beschriebenen Faktoren wiederfinden müssen. Es sei an dieser Stelle nochmals betont, daß nur sehr wenige Patienten streng einem einzigen Faktor zugeordnet werden können. Bei den meisten liegen Mischformen der verschiedenen Reaktionsweisen, eventuell mit Schwerpunktbildung in einer der dargestellten Formen vor.

Nachdem die Voraussetzung, nämlich, daß sowohl pathologische als auch eine gesunde Verlaufsform nachweisbar sind, gegeben ist, kann untersucht werden, welche Einflüsse pathologische Reaktionsweisen begünstigen können, beziehungsweise unter welchen Umständen eine reife Bewältigung der auftretenden Probleme ermöglicht wird. Unsere zweite Hypothese postuliert, daß Patienten, die wissen, was mit einem Stoma auf sie zukommt (die also praeoperativ gut aufgeklärt worden waren) und die einsehen, warum das Stoma notwendig ist (Aufklärung und praeoperativer Leidensdruck), eher in der Lage sind, die mit dem Stoma verbundenen Probleme zu meistern als diejenigen, die schlecht aufgeklärt wurden und für die sich von ihrem subjektiven Empfinden her wegen nur geringer Beschwerden keine Notwendigkeit für die eingreifende

Operation mit der Anlage eines künstlichen Darmausganges ergab.

Auch diese Hypothese wurde durch die Ergebnisse weitgehend bestätigt: Hohe Werte in dem von uns entworfenen Aufklärungs-Index korrelieren signifikant mit hohen Scores im Faktor 6, der als Maß für eine gelungene Anpassung an das Leben mit dem Stoma dient. Ebenso ist aber auch eine positive Korrelation zwischen Aufklärungs-Index und Faktor 4 zu verzeichnen, was auf den ersten Blick unserer Hypothese zu widersprechen scheint, da Faktor 4 als pathologische Verlaufsform klassifiziert werden muß. Ein hoher Aufklärungs-Index ist jedoch auch gut mit einer Verleugnungshaltung vereinbar: Wenn man alle Probleme verdrängt, nimmt man auch nicht wahr, daß man über diese möglichen Probleme nicht aufgeklärt wurde, und man kann dann leicht die Fragen nach den spezifischen Aufklärungsinhalten positiv beantworten.

Auch der Zusammenhang zwischen Aufklärungs-Index und postoperativen Beschwerden-Listen trägt dazu bei, die Hypothese zu bestätigen: Gut aufgeklärte Patienten geben postoperativ weniger Beschwerden an, fühlen sich also körperlich und seelisch wohler als diejenigen, die nur mangelhaft auf zu erwartende Probleme und Beschwerden vorbereitet wurden.

In der Literatur wurde wiederholt auf die mangelhafte praeoperative Aufklärung von Anus praeter Patienten hingewiesen. In einer von Biermann und Tocker 1966 durchgeführten Umfrage gaben zwei Drittel der Stoma-Patienten an, daß sie vor der Operation nicht genügend über den geplanten Eingriff und seine möglichen Auswirkungen informiert worden waren (11). Küchenhoff und Wirsching berichteten 1978, daß nur 70 % der Stoma-Träger vor der Operation wußten, daß ein künstlicher Darmausgang angelegt werden würde, und gar nur 7 % waren über mögliche sexuelle Folgeprobleme aufgeklärt worden

(48, 49). Etwas optimistischer lautet eine Studie von Eardley et al., in der 75 % der Patienten als insgesamt gut aufgeklärt bezeichnet werden (20). In unserer Studie hingegen muß die Aufklärung wiederum als eher mangelhaft bewertet werden, besonders hinsichtlich psychosozialer Belange.

Diese Diskrepanzen zeigen, daß "gute Aufklärung" durchaus ein relativer Begriff ist: Je detailliertere Aufklärungsinhalte in einer Studie gefordert werden, desto schlechter wird die durchschnittliche Aufklärung der Patienten sein. Es ist jedoch sehr wichtig, daß für eine "gute Aufklärung" das praeoperative Gespräch nicht nur oberflächlich auf Art und Risiken der Operation und der Narkose beschränkt werden darf. Es müssen gerade bei einer bevorstehenden Stoma-Operation die oft schamhaft verborgenen Ängste vor Entstellung, Verlust der Attraktivität und folglichere Vereinsamung einfühlsam, aber gezielt angesprochen werden, um einer späteren Bewältigung dieser Probleme den Weg zu bahnen. Dies wurde in der Literatur wiederholt betont (74). Der Versuch, den bisher nur empirisch beobachteten Zusammenhang zwischen Aufklärung und postoperativer Anpassung an die veränderte Lebenslage regressionsanalytisch darzustellen, stand bisher noch aus und konnte in dieser Studie erbracht werden.

Ähnliches gilt selbstverständlich auch für die Betreuung der Patienten vor und nach der Operation. Es ist zwar kein signifikanter Zusammenhang zwischen Faktor 6 - Score und Betreuungs-Index nachweisbar, aber die negative Korrelation zwischen letzterem und dem postoperativen Beschwerden-Listen-Score macht die Wichtigkeit der ärztlichen Fürsorge für den Stoma-Patienten deutlich: Konsequente Soforthilfe beim Auftreten von Versorgungsproblemen oder Stomakomplikationen, sowie qualifizierte Beratung durch auch psychologisch geschulte Stomatherapeuten

helfen postoperativ auftretende Beschwerden gering zu halten.

Ebenso konnte der bisher nur empirisch beobachtete Einfluß des praeoperativen Leidensdrucks regressionsanalytisch bestätigt werden: Je stärker die durch die Grundkrankheit bedingten Beschwerden den Patienten praeoperativ beeinträchtigen, desto eher wird er die Notwendigkeit der Operation und der Anlage des künstlichen Darmausgangs einsehen und das Stoma mit seinen Folgeproblemen akzeptieren. Allerdings ist diese Voraussetzung bei Karzinom-Patienten meist nicht gegeben: Die Radikalität der Operation steht meist in keinem Verhältnis zu den oft nur geringen Beschwerden.

In unserer dritten Hypothese stellten wir die Behauptung auf, daß die Verarbeitung der postoperativen Probleme, insbesondere die erneute Auseinandersetzung mit der Reinlichkeitsproblematik und ihren aus der frühen Kindheit stammenden Scham-, Schuld und Autonomiebeziehungsweise Abhängigkeitsgefühlen, durch stuhlregulierende Maßnahmen erleichtert werden kann. Die meisten der von uns untersuchten Patienten, die ihre Stuhlentleerungen zumindest teilweise regulieren und kontrollieren können, sind Kolostomie-Patienten, die dies durch die Irrigationstechnik erreichen. Sie gaben an, mit Hilfe dieser Methode auf das Tragen eines Beutels weitgehend verzichten zu können. Die Möglichkeit, durch Einläufe eine regelmäßige Stuhlentleerung aus dem Stoma zu erzielen, wurde schon im Jahre 1929 von Schmieden das erste Mal erwähnt (66). Jedoch erst 1962 fand die Methode unter der Bezeichnung Irrigation Eingang in die reguläre Stoma-Therapie (16). 1968 berichtet Hellbach über eine erste große Studie mit 100 Patienten, von denen 50 die Irrigationstechnik anwendeten (36). In dieser Studie können 44 % der irrigierenden Stoma-Träger auf einen Beutel verzichten, 50 % haben regelmäßigen

Stuhlgang, tragen jedoch zur Sicherheit meist einen Beutel, und nur 6 % beklagen unregelmäßige Entleerung trotz Irrigation. Inzwischen ist die Spülbehandlung durch moderne Utensilien weiter vereinfacht und verbessert worden. Das häufig diskutierte Perforationsrisiko ist durch die heute gängigen kegelförmigen Einlaufstutzen weitgehend gebannt (15).

Einige wenige der von uns untersuchten Ileostomie-Patienten erzielten eine regelmäßige Stuhlentleerung mit Hilfe einer Kock'schen Tasche. Als Kock 1969 an Hand von fünf Fällen über diese neue Methode berichtete, waren die Hoffnungen groß, einen Weg gefunden zu haben, der den Patienten das wegen des aggressiven, flüssigen Dünndarminhalts schwer zu versorgende herkömmliche Ileostoma erspart (46). Diese Hoffnungen haben sich nur zum Teil erfüllt. Langzeitstudien haben gezeigt, daß das Kock'sche Reservoir nur bei etwa 40 - 50 % der Patienten über Jahre funktionsfähig bleibt. Bei den übrigen kommt es durch Stase des Darminhalts und durch Überwucherung mit pathogenen Keimen zur chronischen Ileitis, zu Stoma-stenosen oder anderen Komplikationen, die in vielen Fällen das Leiden des Patienten verlängern und erneute Operationen notwendig werden lassen (62). Man ist deshalb bei der Anwendung dieser Methode eher zurückhaltend, da das erhöhte Operations- und Folgerisiko durch die Vorteile der Stuhlregulierung meist nicht aufgewogen wird (74).

Auch unsere Ergebnisse weisen darauf hin, daß die Anpassung an das Leben mit dem Anus praeter durch Maßnahmen, die eine regelmäßige Stuhlentleerung herbeiführen, nicht entscheidend beeinflusst wird: Die Patienten mit regelmäßiger Stuhlentleerung weisen durchschnittlich keinen signifikant höheren Faktor 6 - Score auf als die übrigen Stoma-Träger. Unsere dritte Hypothese muß also in der Form, in der wir sie entworfen hatten, verworfen werden.

Allerdings ist der Einfluß der Stuhlregulierung auf einen Teilaspekt der Bewältigungsproblematik eindeutig: Die Möglichkeit der Kontrolle über die Ausscheidungen führt zu einem signifikant niedrigeren Faktor 3 - Score: Die betreffenden Patienten empfinden den Anus praeter weniger als Krankheit, fühlen sich weniger beeinträchtigt und sind gedanklich weniger auf das Stoma fixiert. Das ist vielleicht darauf zurückzuführen, daß ihnen das im Kapitel "psychische Ausgangslage" erwähnte "erneute Durchleben der analen Phase" durch die Stuhlregulierung erleichtert oder gar erspart wird.

Mit der vierten Hypothese wurde versucht, den positiven Einfluß der Mitgliedschaft in einer Selbsthilfegruppe auf die postoperative Anpassung zu erfassen. Diese Annahme wird durch den signifikant höheren Faktor 6 Score der aktiven ILCO - Mitglieder bestätigt und deckt sich mit den in der Literatur beschriebenen Verdiensten dieser Organisation zum Wohle der Patienten (41, 74). Auch der signifikant niedrigere Faktor 3 - Score (Fixierung auf die Krankheit Anus praeter) weist in diese Richtung. Allerdings müssen auch der höhere Faktor 1 - Score und die größeren postoperativen Beschwerden der aktiven Mitglieder erwähnt werden. Ob dies dadurch zustandekommt, daß sie durch wirklich stärkere Beschwerden und Einsamkeit zur Mitarbeit im Verein motiviert werden, oder ob sie nur mit der Rückendeckung durch den Verein eher bereit sind, ihre körperlichen und seelischen Leiden, sowie ihre Beziehungsprobleme zuzugeben, muß offen bleiben.

Die fünfte Hypothese, die den negativen Einfluß von Komplikationen am Stoma auf den postoperativen Verlauf beschreibt, muß in dieser Form verworfen werden. Zwar bringt das Vorhandensein von Komplikationen wie Stenose, Hernie oder Prolaps zusätzliche Erschwernisse mit sich, die besonders in verstärkten körperlichen Beschwerden

zum Ausdruck kommen, jedoch garantiert die Abwesenheit dieser Komplikationen noch keine Bewältigung der Stoma-problematik. Deshalb weisen Patienten ohne Komplikationen auch keinen höheren Faktor 6 - Score auf. In diesem Zusammenhang muß noch einmal betont werden, daß nur die Komplikationen, beziehungsweise die Komplikationsfreiheit zum Zeitpunkt der Studie erfaßt wurden. Es wäre also unter Umständen denkbar, daß eine langzeitige Folge und eine Häufung von Komplikationen doch einen negativen Effekt auf die Anpassung an das Leben mit dem Stoma haben. Diese Frage kann im Rahmen dieser Studie nicht beantwortet werden.

Über die eingangs formulierten Hypothesen hinaus müssen noch folgende Ergebnisse hervorgehoben und diskutiert werden:

Als ein sehr wichtiges Kriterium für den postoperativen Verlauf stellt sich die Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit heraus. Die Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit trägt essentiell dazu bei, pathologischen Verlaufsformen entgegenzuwirken. Berufstätige Stoma-Patienten unterscheiden sich in ihrem postoperativen Beschwerden-Listens-Score nicht von der gesunden Eichstichprobe (80), sie weisen signifikant höhere Faktor 6 - Scores (reife Akzeptanz) und signifikant niedrigere Faktor 2 - (Depression), Faktor 3 - (Fixierung auf die Krankheit Anus praeter) und Faktor 5 - Scores (rollenkonformer Rückzug) auf.

Bei der Beurteilung dieser Ergebnisse ist natürlich zu bedenken, daß sich Arbeitsunfähigkeit und körperlich-seelische Anpassungsschwierigkeiten in einem circulus vitiosus gegenseitig bedingen. Patienten mit problemlosem postoperativen Verlauf können schneller in die Arbeit zurückkehren und haben infolgedessen auch weiterhin weniger Probleme: Sie werden durch die kontinuierliche Tätigkeit abgelenkt und haben das Gefühl, gebraucht zu

werden und vollwertig zu sein, was wiederum dazu beiträgt, den Anus praeter als etwas zwar nicht Reguläres, aber auch nicht obligat Krankhaftes zu akzeptieren

Als weitere Einflußgrößen, die für den postoperativen Verlauf mit entscheidend sein können, müssen das Alter, der soziale Status, zusätzliche körperliche Erkrankungen, das Geschlecht, und die Grundpersönlichkeit erwähnt werden. Alle diese Faktoren muß man ärztlicherseits zur Kenntnis nehmen, ohne wesentliche therapeutische Konsequenzen ableiten zu können.

Die negative Korrelation zwischen dem Alter der Patienten und dem Faktor 6 - Score ermahnt uns, dem älteren Menschen, dem der große Eingriff einer Stoma-Anlage zugemutet werden muß, besonders einfühlsam gegenüberzutreten.

Ebenso ist die positive Korrelation zwischen Faktor 6 Score und sozialem Status bemerkenswert: Weniger gebildete Patienten scheinen es besonders schwer zu haben, sich auf die veränderte Lebenslage einzustellen

Auch wenn von der Grundkrankheit unabhängige zusätzliche Leiden auftreten, ist die Bewältigung der Stoma-Problematik erschwert. Diese Tatsache soll im Zusammenhang mit dem Symptomenwandel an anderer Stelle ausführlich diskutiert werden.

Zu guter Letzt sei der Einfluß der Grundpersönlichkeit auf den postoperativen Verlauf kurz besprochen. Insgesamt unterscheiden sich die von uns untersuchten Stoma-Patienten im Gießen-Test nur geringfügig von der Normalbevölkerung. Das Signifikanzniveau wird nur hinsichtlich größerer Dominanz, negativer sozialer Resonanz und größerer Depressivität der Stoma-Patienten erreicht. In der Korrelation von Faktor-Scores und Gießen-Test ergeben sich eindeutige inhaltliche Zusammenhänge. So läßt sich feststellen, daß Probanden, die sich im Gießen-Test

als sozial potent, nicht retentiv und tendenziell unterkontrolliert einstufen, es leichter haben, sich auf die veränderte Lebenslage und die durch das Stoma bedingten Probleme einzustellen. Dagegen fallen Patienten, die eher zur Depressivität neigen und die sich für sozial negativ resonant und impotent halten, durch entsprechend hohe Werte in den Faktoren 1 (Beziehungsverlust) und 2 (Depressivität) auf. Bemerkenswert ist weiterhin die negative Korrelation zwischen Faktor 4 (Verleugnung) und Depressivität: Auch dieser Zusammenhang ist wohl als Resultat der allgemeinen Verleugnungshaltung der betreffenden Patienten anzusehen. Zu guter Letzt sei noch erwähnt, daß von ihrer Grundpersönlichkeit her eher zwanghafte Patienten eher zu einer Fixierung auf die "Krankheit Anus praeter" neigen als die übrigen Stoma-Träger. Ob nun allerdings die vom Gießen-Test erfaßte Persönlichkeit sich dem postoperativen Verlauf entsprechend gewandelt hat, oder ob sie eine Mitursache für die jeweilige pathologische oder gesunde Antwortform darstellt, muß offen bleiben. Wahrscheinlich bedingen sich beide Variable gegenseitig. Um hier letztlich eine Klärung zu erbringen, wäre die Durchführung einer aufwendigen prospektiven Studie erforderlich. Auf jeden Fall wäre es wünschenswert, bereits präoperativ erfaßbare Persönlichkeitsmerkmale bei der Führung von Stoma-Trägern mit zu berücksichtigen und so eventuell voraussehbare Probleme wie zum Beispiel verstärkte Depressivität schon vor ihrem Auftreten durch zielgerichtete psychotherapeutische Betreuung anzugehen.

7.2 Vergleich zwischen Colitis- und Karzinom-Patienten

Die bei vielen Colitis-Patienten anzutreffende krankhafte psychische Konstellation wurde eingangs hinreichend beschrieben. Da die zu Grunde liegenden seelischen Konflikte durch die Proktokolektomie wohl kaum gelöst werden, könnte man annehmen, daß die Operation an der Gesamtverfassung der Colitis-Patienten nur wenig ändert. Offensichtlich ist jedoch das Gegenteil der Fall: Im Vergleich zu den Karzinom-Patienten blühen die Colitiker nach der Operation auf. Ihre sozialen Kontakte aktivieren sich, die Beziehungen zu ihren Mitmenschen und Freunden, zur Familie und zum Partner werden intensiviert und ihre Stimmungslage erlebt mit der Operation nach einem kurzen Tief einen Aufschwung.

Dieses im Vergleich zu den Krebskranken ermutigende Bild liegt allerdings nicht in einem entscheidenden Persönlichkeitswandel mit plötzlicher Lösung vorher bestehen der seelischer Konflikte begründet, sondern, wie im Ergebnisteil ausführlich dargestellt, überwiegend in den beiden rein äußerlichen Faktoren Alter und praeoperativem Leidensdruck. Die Colitis-Patienten sind vorwiegend junge Menschen, die meist über viele Jahre unter der Unkontrollierbarkeit ihrer Darmentleerungen, unter Schmerzen, unter Begleiterscheinungen wie Anämie und Gewichtsverlust, und unter wiederholten Krankenhausaufenthalten zu leiden hatten, und die nun dieser ganzen Belastungen durch die Operation auf einen Schlag entlastet wurden. Es verwundert nicht, daß unter diesen Umständen das Ileostoma als kleineres Übel und die dadurch bedingten Einschränkungen als nur geringe Belastung ertragen werden.

Bei der Beurteilung dieser positiven Ergebnisse ist zu bedenken, daß der hohe Faktor 6 - Score in erster Linie eine Aussage über die Anpassung an das Leben mit dem

Anus praeter gestattet. Es kann daraus keineswegs abgeleitet werden, daß nach der Operation neu eingegangene und aktivierte Beziehungen nicht mehr pathologisch im Sinne des der Colitis ulcerosa wahrscheinlich zu Grunde liegenden seelischen Konfliktes sind. Dies zu untersuchen war nicht Ziel dieser Studie.

Im Gegensatz zu den Colitis ulcerosa - Kranken werden die Karzinom Patienten meist völlig unerwartet vom Schicksal getroffen. Sie haben keine oder nur geringe Beschwerden und sie werden demzufolge durch die Anlage des Anus praeters auch nicht von vorher bestehenden Beeinträchtigungen befreit. Vielmehr werden sie erst durch das Stoma beeinträchtigt. Zudem sind sie in der Regel zu der Zeit, in der die Operation erforderlich wird, bereits in einem Alter, in dem man in unserer leistungsorientierten Gesellschaft bereits "abgeschrieben" ist: Die Funktionen, Kinder großzuziehen und zum volkswirtschaftlichen Wachstum beizutragen, sind bereits erfüllt. Es ist offensichtlich, daß es aus dieser Konstellation heraus unsagbar schwer fällt, dem eigenen Leben trotz der Verstümmelung des Körpers noch Sinn und Freude abzugewinnen.

Unsere erste Hypothese bezüglich des Vergleichs der beiden Patientengruppen wird durch die dargestellten Ergebnisse also voll bestätigt. Partiiell im Widerspruch dazu steht ein 1978 von Wirsching et al. durchgeführter Vergleich von Colitis ulcerosa - und Karzinom-Patienten mit Anus praeter, in dem die Colitiker zwar wie in unserer Untersuchung als sozial und sexuell aktiver als die Karzinom Patienten beschrieben werden, in dem sie jedoch im Gegensatz zu unseren Aussagen durch verstärkte postoperative Depressivität auffallen (48, 49). Auch wenn man die vom Gießen Test erfaßte Grundpersönlichkeit betrachtet, stellt man fest, daß beide Gruppen sich zwar signifikant depressiver einstufen als die Eichstichpro-

be, daß sie sich aber nicht signifikant voneinander unterscheiden

Unsere zweite Hypothese basiert auf Bahnsons Theorien, daß Karzinom-Patienten in der Reihe der psychosomatisch Kranken durch die stärksten Verleugnungs- und Verdrängungstendenzen imponieren (5). Diese Hypothese muß im Zusammenhang mit der Bewältigung der durch den Anus praeter bedingten Probleme zurückgewiesen werden. Die Colitis-Patienten erreichen einen signifikant höheren Faktor 4 - Score (Verleugnung) als die Krebskranken. Dies scheint den anfangs dargestellten, von Bahnson entwickelten Theorien zu widersprechen. Allerdings ist dies nur ein partieller Widerspruch, denn Bahnson stuft auch die Colitis ulcerosa als Ergebnis "somatischer Regression" ein. Diese Art von Regression ist nach Bahnson auf die Abwehrmechanismen Verleugnung und Verdrängung zurückzuführen, die prinzipiell allen psychosomatisch-organischen Erkrankungen, also auch der Colitis ulcerosa zu Grunde liegen. Nur die Ausprägung dieser Art von Abwehr entscheidet darüber, welche psychosomatisch-organische Krankheit zum Ausbruch kommt, wobei die stärkste Ausprägung zur Regression in die Entdifferenzierung der Zellen und damit zur malignen Neoplasie führt. Die Verleugnungstendenzen sind aber durchaus auch bei den Colitis ulcerosa - Kranken vorhanden (5). Auch Bräutigam beschreibt diese bei seinen Colitis-Patienten, und zwar besonders bei der sogenannten "aktiven Gruppe", die ihre infantile Abhängigkeit durch kompensatorisch übertriebene Selbständigkeit verdrängt (12). Es ist also nicht das Vorhandensein der Verleugnungstendenzen bei den Colitis ulcerosa - Kranken, sondern das vergleichsweise geringe Ausmaß derselben bei den Karzinom-Patienten, was vor dem Hintergrund der Theorien Bahnsons verwundert. Dies kann entweder dadurch erklärt werden, daß die Grundpersönlichkeit der Karzinom-Patienten bisher falsch eingeschätzt wurde, oder dadurch, daß die von

Bahnson für Krebspatienten schlechthin aufgestellten Theorien nicht auf die Untergruppe "Rektum-Karzinom" anwendbar sind. Weiterhin kann es daran liegen, daß bei der Krebsentstehung, eventuell insbesondere der Entstehung des Rektum-Karzinoms, weniger psychosomatische, persönlichkeitsbedingte Faktoren, sondern überwiegend exogene Cancerogene entscheidend sind. Eine genaue Klärung dieser Problematik ist beim derzeitigen Stand der Wissenschaft nicht möglich.

Bevor wir unsere dritte Hypothese, nämlich die Aussage über einen durch die Entfernung des "psychosomatischen Zielorganes" Darm ausgelösten Symptomwandel diskutieren können, gilt es, die bei den von uns untersuchten Patienten postoperativ aufgetretenen Zweitkrankheiten auf eine mögliche nicht psychosomatische Genese hin zu überprüfen. Bei beiden Patientengruppen treten im ersten Jahr nach der Operation und auch später am häufigsten Nieren- und Harnwegserkrankungen auf. Diese Leiden zählen zu den typischen Folgeproblemen der Kolektomie und Rektumextirpation. Im Zuge der Ausheilungsvorgänge der Peritonealwunde kommt es an der Ablösungsstelle des Mesosigma und am sigmorektalen Übergang vom intra- zum retroperitonealen Raum leicht zu Schrumpfungsprozessen, die im Sinne einer sekundären retroperitonealen Narbenfibrose die Ureter mit einbeziehen und so eine Harnabflußstörung oder gar eine Hydronephrose verursachen können. Außerdem kommt es durch das Wegfallen des Rektums und durch Schrumpfungsvorgänge zu einer Dorsalverlagerung und Kippung der Harnblase, sodaß die Urethra nicht mehr am tiefsten Punkt austritt. Dies kann eine Restharnbildung und rezidivierende Harnwegsinfekte verursachen. Begünstigend wirkt zusätzlich noch eine intraoperativ häufig entstehende (partielle) Denervierung der Harnblase mit folglichem Austreibungsschwäche. Diese Gefahr ist besonders bei radikalen Karzinom-Operationen gegeben (74)

Neben den Nieren- und Harnwegsleiden müssen noch weitere Erkrankungen aus unseren Überlegungen zum Symptomwandel ausgeklammert werden. Die Colitis ulcerosa ist mit einer Reihe von Begleitkrankheiten vergesellschaftet, die grundsätzlich vor Beginn, während, oder auch nach operativer Sanierung der Colitis auftreten können. Zu den häufigsten dieser Erkrankungen gehören Hauterscheinungen wie zum Beispiel Erythema nodosum und Pyoderma gangraenosum (1 - 2 % der Patienten), Morbus Bechterew (5 %), Arthralgien (4 %), progressiv chronische Polyarthrit (3 %), Iridozyklitis und Keratokonjunktivitis (5 %) und Cholangitis (5 %) (53). Verschiedene Autoren weisen außerdem auf ein gehäuftes Zusammentreffen von Colitis ulcerosa und Psoriasis mit und ohne Begleitarthrit hin (5 - 8 %) (78). Diese lange Liste von Krankheiten spiegelt sich auch in den postoperativ neu aufgetretenen und verstärkt hervorgetretenen Zweitkrankheiten der von uns untersuchten Patienten wieder: nach den Nieren- und Harnwegserkrankungen sind am häufigsten "rheumatische" Beschwerden, Gelenkschmerzen und Hauterscheinungen anzutreffen.

Bei den Karzinom-Kranken stehen gemäß ihrem höheren Lebensalter die sogenannten degenerativen Alters- und Zivilisationskrankheiten im Vordergrund, die bei altersentsprechender Inzidenz sicherlich nicht als Resultat eines Symptomwandels in Frage kommen.

Unter Berücksichtigung dieser Tatsachen soll nun die Frage eines Symptomwandels nach Entfernung des erkrankten Darmes, der nach der Theorie der psychosomatischen Krankheitsentstehung als Zielorgan für die innerseelischen Konflikte anzusehen ist, erörtert werden.

Empirische Beobachtungen des Phänomens "Symptomwandel" an Einzelfällen sind seit langem bekannt. Als einfachste Beispiele seien die Ablösung eines kindlichen Ekzems durch Bronchialasthma im Erwachsenenalter und der

psychische Syndromwechsel von der Manie zur Depression genannt. Wissenschaftlich eingeführt wurde der Begriff "syndrom shift" von Groen, Bastiaans und van der Valk im Jahre 1957. Sie definierten den Syndromwandel als das zeitlich unmittelbare Abwechseln zweier somatischer oder zweier psychischer Syndrome untereinander oder als ein "shift" vom psychischen zum somatischen und umgekehrt (32). Dieser Symptomwandel kann durch verschiedene psychische oder somatische Vorgänge, unter anderem zum Beispiel durch effektive Therapie eines psychosomatisch bedingten organischen Leidens ausgelöst werden (32). Groen et al. veröffentlichten in diesem Zusammenhang eine lange Liste von Einzelbeobachtungen, darunter auch mehrere Fälle, in denen die Heilung einer Colitis ulcerosa zu akuten Gelenksbeschwerden im Sinne einer progressiv chronischen Polyarthritidis geführt hatte (32).

Der Gelenkrheumatismus wird jedoch von Spiegelberg, der sich auch eingehend mit dem Phänomen "Symptomwandel" bei der Colitis ulcerosa auseinandersetzte, eher als internistische Komplikation der Erkrankung betrachtet. Er rechnete dagegen folgende Zweitkrankheiten, die er bei Colitis ulcerosa - Patienten häufig beobachtete, einem Symptomwandel zu: Asthma bronchiale, Urticaria, Adipositas, Ekzem, essentielle Hypertonie und cephalgische Perioden (68).

Auch Klußmann berichtete über fünf Fälle von Colitis ulcerosa - Patienten, die postoperativ eine essentielle Hypertonie entwickelten, der möglicherweise ein Symptomwandel zu Grunde liegen könnte (43, 45). Weitere Fälle einer Symptomverlagerung bei Colitis ulcerosa - Patienten nach Proktokolektomie wurden von Engel (23), Druss et. al. (19) und Wittich (75) beschrieben.

Wiederholt wurde in der Literatur auch ein Shift von der Colitis ulcerosa zu psychopathisch-neurotischen Zuständen wie zum Beispiel Depressionen dargestellt (68). Puhl

beschrieb 1968 acht kolektomierte Colitis Patienten, von denen fünf einen Symptomwandel zum psychopathologischen erfuhren (61). Auch Bräutigam erwähnte ein gehäuftes Zusammentreffen von Colitis ulcerosa und Psychosen depressiven oder gar schizophrenen Gepräges (12). Im Gegensatz dazu behaupteten Helzer et al. auf Grund einer Studie an 50 Colitis ulcerosa - Kranken, daß die Inzidenz von psychopathologischen Auffälligkeiten unter Colitikern nicht größer ist als in einer vergleichbaren Probandengruppe ohne Colitis (37). Der amerikanische Chirurg J. F. Prudden wehrte sich in einem Vortrag vor der National Conference on Cancer 1971 entschieden dagegen, daß es so etwas wie eine Symptomverschiebung, weder ins somatische, noch ins psychische nach einer Kolektomie geben kann (59).

Diese Aufstellung von zum Teil sehr widersprüchlichen Berichten zeigt die Schwierigkeit, hinsichtlich der Fragestellung "Symptomwandel" zu objektiven Aussagen zu gelangen. Beck warnt entschieden vor einem zu leichtfertigen Gebrauch des Ausdrucks "syndrome shift". Er fordert, daß als Voraussetzung die genaue Feststellung und Definition des psychischen Grundkonfliktes erfolgt sein muß, und, daß in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit dem Auftreten des neuen Symptoms ein auslösendes Ereignis stattgefunden haben muß, das eine Veränderung im bisherigen psycho-somatischen Kräftespiel bewirkt und so den Symptomwandel verursacht hat (8).

Unter dieser Voraussetzung wird es unmöglich, auf Grund der Ergebnisse unserer Untersuchung eine objektive Aussage über einen eventuell eingetretenen Symptomwandel zu machen, da wir keine tiefenpsychologischen Interviews mit den Patienten durchgeführt haben, die es erlauben, intrapsychische Konflikte zu lokalisieren. Wir können also nur die Vermutung äußern, daß die nach Abzug der internistischen und operationsbedingten Erkrankungen

übrig bleibenden postoperativ neu aufgetretenen Krankheiten bei den Colitikern zumindest teilweise auf einen Symptomwandel zurückzuführen sind. Erhärtet wird diese Vermutung dadurch, daß die Colitis ulcerosa - Patienten trotz ihres geringeren Durchschnittsalters in der Zeit unmittelbar nach der Operation wesentlich häufiger von Zweitkrankheiten betroffen sind als die Karzinom-Patienten.

Allerdings folgt aus der letztlich nicht beweisbaren Annahme, daß diese Krankheiten durch einen Symptomwandel bedingt sind, daß unsere dritte Hypothese zurückgewiesen werden muß: Der - wahrscheinliche - Symptomwandel findet bei den Colitis-Patienten signifikant häufiger statt als bei den Krebskranken. Wenn man nun davon ausgeht, daß es nach Entfernung des psychosomatischen Zielorgans, nämlich des erkrankten Darmabschnittes, zur Verschiebung der Symptomatik kommen muß, falls psychische Konflikte, für die Darmkrankheit ursächlich waren, so folgert aus diesen Ergebnissen ein weiteres Argument dafür, daß seelische Konfliktkonstellationen bei der Entstehung der Colitis ulcerosa die weitaus größere Rolle spielen als beim Rektum-Karzinom.

8. Zusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit werden 243 Patienten mit Anus praeter untersucht. Das Stoma wurde 167 mal wegen eines Rektum-Karzinoms und 67 mal wegen einer Colitis ulcerosa angelegt. Die Patienten erhielten einen Fragebogen, der das Leben mit dem Stoma, die praeoperative Aufklärung, die Betreuung und die postoperativ aufgetretenen Zweitkrankheiten erfaßte, sowie den Gießen-Test und die Münchener Beschwerden-Listen zur Darstellung des prae und postoperativen Gesamtbefindens.

Die faktorenanalytische Auswertung der Fragen zum Leben mit dem Anus praeter ergibt sechs Faktoren als mögliche Reaktionsweisen auf die Anlage des Stomas: vollständiger Beziehungsverlust, schwere depressive Verstimmung, Fixierung auf die Krankheit Anus praeter, überkompensatorische Verleugnung, rollenkonformer Rückzug und realitätsbezogene, reife Akzeptanz.

In einem weiteren Schritt wird untersucht, welche Umstände bestimmte pathologische oder gesunde Verlaufsformen begünstigen. Es finden sich folgende, die Akzeptanz des Stomas beeinflussende Faktoren:

1. Patienten mit einem sogenannten kontinenten Stoma (z.B. Kock'sche Tasche) und Patienten, die durch Irrigation eine kontrollierte Stuhlentleerung erzielen können, sind signifikant weniger auf das Stoma fixiert. Der Eingriff wird hier als weniger belastend erlebt.
2. Patienten, die postoperativ ihren Beruf wieder aufnehmen, haben signifikant weniger Beschwerden. Sie sind weniger auf das Stoma fixiert und akzeptieren es leichter als lebenserhaltende Notwendigkeit.
3. Je ausgeprägter die praeoperativen Beschwerden sind, je größer der Leidensdruck ist, desto leichter werden die postoperativen Probleme bewältigt.

4. Bei als gut erlebter prae- und postoperativer Betreuung sind die Beschwerden ebenfalls geringer, die Fixierung auf das Stoma ist nicht so ausgeprägt, und die Betroffenen ziehen sich weniger in die Isolation zurück.

5. Ein älterer Patient wird es verständlicherweise schwerer haben, die Situation, mit der er als Stomaträger konfrontiert wird, zu meistern. Insbesondere die sozialen Aktivitäten werden bei alten Patienten durch die Operation signifikant stärker beschnitten.

6. Eine umfassende praeoperative Aufklärung vermag die postoperative Anpassung und Problembewältigung zu erleichtern und die Beschwerdeninzidenz signifikant zu verringern

7. Mitglieder der Deutschen Ileo Colo-Stomie-Vereinigung (ILCO) akzeptieren das Stoma leichter als notwendige Realität.

8. Die Grundpersönlichkeit hat einen entscheidenden Einfluß auf die Akzeptanz des Stomas. Die Korrelation der Selbsteinschätzung im Gießen Test mit den Antworten zum Umgang mit dem Stoma und zu den postoperativen Beschwerden ergab, daß es denjenigen Patienten besser geht, die in ihrer Primärpersönlichkeit

offen und durchlässig sind,

- sich nicht gefügig-einordnend verhalten,
sich selbst nicht

* depressiv,

* hypomanisch

* negativ sozial resonant und impotent einstufen.

Im zweiten Teil der Arbeit werden operierte Colitis- und Karzinom-Patienten miteinander verglichen. Übereinstimmend mit den Ergebnissen aus dem ersten Teil ergibt sich, daß die Colitiker das Stoma leichter akzeptieren als die Karzinom-Patienten, weil sie jünger sind und praeoperativ unter einem starken Leidensdruck stehen.

Aber auch eine starke Verleugnungshaltung gegenüber auftauchenden Problemen ist besonders bei den Colitis-Patienten feststellbar. Dies bestätigt die Theorien Bahnsons, der die Abwehrmechanismen Verleugnung, und Verdrängung als ursächlich für die Entstehung psychosomatischer Krankheiten annimmt. Daß die Karzinom-Patienten diesen Abwehrmechanismus weniger stark ausgeprägt zeigen, kann als ein Hinweis gewertet werden, daß psychosomatische Faktoren bei der Karzinogenese (im speziellen der Entstehung des Rektum-Karzinoms) nur eine untergeordnete Rolle spielen.

Dafür spricht auch, daß bei den Karzinom-Patienten eine signifikant niedrigere Inzidenz an unmittelbar postoperativ neu auftretenden Zweitkrankheiten, die durch einen Symptomwandel bedingt sein könnten, vorliegt. Ein Symptomwandel kann dann vorliegen, wenn es bei einer psychisch verursachten Erkrankung mit der Entfernung des psychosomatischen Zielorgans zur Verschiebung der Symptome auf ein anderes Organ oder Organsystem kommt.

Die ärztliche Aufgabe heute ist es, alle diese Faktoren, die die postoperative Anpassung an das Leben mit einem Anus praeter für den Patienten erleichtern oder erschweren können, zur Kenntnis zu nehmen und, wo immer möglich, helfend einzugreifen.

Dies beinhaltet insbesondere eine ausführliche und einfühlsame praeoperative Aufklärung und eine intensive medizinische, psychologische und menschliche Betreuung nach der Operation. Dazu gehört unter anderem die Anleitung zur Irrigation, die Beratung und Versorgung durch eigens geschulte Stomatherapeuten und eine enge Zusammenarbeit mit der Deutschen ILCO, der Selbsthilfeorganisation, die sich bei der Rehabilitation der Stoma-Patienten große Verdienste erworben hat. Zu guter Letzt gilt es, auch so schwer beeinflussbare Faktoren wie die zu Grunde liegende Persönlichkeit des Patienten und eventuel-

ell vorhandene, krankheitsauslösende seelische Konfliktkonstellationen im Auge zu behalten. Auch sollte versucht werden, wenn möglich und erfolgversprechend, durch rechtzeitig einsetzende, begleitende Psychotherapie zur Verarbeitung der durch den Anus praeter bedingten Probleme beizutragen. Vielleicht kann dadurch auch ein eventuell drohender Symptomwandel positiv beeinflußt werden.

9. Literaturverzeichnis

1. Allchin W. Case of Acute Extensiv Ulceration of
1885 the Colon. Trans Pathol Soc (London)
36:199.

2. Allchin W. Ulcerative Colitis. Pro R Soc Med
1909 2:58.

3. Bahnson C. B. The Theory of Psychophysiological
1971 Complementarity: Applied to Cancer
and Coronary Heart Disease. Proc. of
the XVII Congress of Applied Psycho-
logy, Liege, Belgien.

4. Bahnson C. B. Development of a Psychosocial Scree-
Bahnson M. B. ning Questionnaire for Cancer. Third
1976 International Symposion on Detection
and Prevention of Cancer, New York.

5. Bahnson C. B. Das Krebsproblem in psychosomatischer
1981 Dimension. in: v. Uexkull T. Lehrbuch
der psychosomatischen Medizin, Mün-
chen.

6. Bahnson M. B. Ego Defenses in Cancer Patients. Ann
Bahnson C. B. N. Y. Acad. Sci. 164(2):546.
1969

7. Baltrusch H. J. Einige psychosomatische Aspekte der
1969 Krebskrankheit unter Berücksichtigung
psychotherapeutischer Gesichtspunkte.
Zeitschr. Psychos. Med. 15:31.

8. Beck D. Psychodynamische Aspekte des Symptom-
1973 wandels. Z. Psychother. med. Psychol.
23:108.

9. Beckmann D Gießen-Test. Ein Test für Individual
Richter H. E. und Gruppendiagnostik. Verlag Hans
1975 Huber.

10. Belsheim M. R. Bacterial L-Form Isolation From In-
 Darwish R. Z. flammatory Bowel Disease Patients.
 Watson W. C. Gastroenterology 85:364.
 1983

11. Biermann H. J. Statistical Survey in Patients With
 Tocker A. M. Colostomy or Ileostomy. Am. J. Surg.
 Rodriguez L. 112:646.
 1966

12. Bräutigam W. Psychosomatische Medizin. 3. Aufl.
 Christian P. Thieme Verlag Stuttgart.
 1981

13. Burnet F. M. The Concept of Immunological Surveil-
 1970 lance. Progress in Experimental Tumor
 Research, Bd. XIII, Karger, Basel,

14. Cramer I. Psychosoziale Faktoren und Krebs.
 Blohmke M. Untersuchung von 80 Frauen mit einem
 Bahnson C. B. psychosozialen Fragebogen. Münch. med.
 Scherg H. Wschr. 119, 43:1387.
 1977

15. Denecke H. Maßnahmen zur Stuhlregulierung. Ver-
 1983 besserung der Lebensqualität von
 Stomaträgern, hrsg. von G. Englert
 und R. Winkler, ILCO Verlags-GmbH,
 Freising.

16. Denecke K. Der Anus praeter und seine Pflege.
 1962 Chirurg 33:85.

17. Devlin H. B. Aftermath of Surgery for Anorectal
 Plant J. A. Cancer. Brit. med. J. 3:413.
 1971

18. Dlin B. M. Emotional Aspects of Colostomy and
1973 Ileostomy. Emotional Factors in
 Gastrointestinal Illness, Excerpta
 Medica American Elsevier Comp., 113,
19. Druss R. G Changes in the Body-Image Following
O'Connor J. F. Ileostomy. Psychoanal. Quart. 4: 195
Stern L. E.
1972
20. Eardley A. Colostomy: The Consequences of
George W. D Surgery. Clinical Oncol. 2: 277
1976
21. Eder M. Epidemiologie und Pathologische Ana-
1977 tomie des Dickdarmkarzinoms. Gastro-
 enterolog. Reihe 6: 9, Kali-Chemie,
 Hannover.
22. Eder M. Lehrbuch der Allgemeinen Pathologie
Gedigk P. und Pathologischen Anatomie, 31.
1984 Aufl. Springer Verlag, Berlin
23. Engel G. L. Studies of Ulcerative Colitis III:
1955 The Nature of the Psychologic Pro-
 cesses. Am. J. Med. 19: 231.
24. Engel G. L. Colitis ulcerosa. in: v. Uexkull, T.
1981 Lehrbuch der psychosomatischen Medi-
 zin, München.
25. Ewe K. Colitis ulcerosa: Aktuelle Fragen der
1981 Klinik und Therapie. Internist
 22: 410.
26. Ewe K. Morbus Crohn und Colitis ulcerosa
Karbach U. Standortbestimmung: Internistische
1981 Aspekte. Chirurg 52: 744.
27. Freiburger H. Psychosomatische Therapie bei Colitis
1969 ulcerosa. Med. Klin. 64, 21: 969

28. Freiburger H. Kombinierte internistisch-psychosoma-
Müller- tische Therapie bei Colitis ulcerosa.
Wieland K. Med. Klin. 61:228
1966

29. Grace W. The Human Colon. Hoeber-Harper, New
Wolf S. York.
1951

30. Greene W. A. The Psychosozial Setting of the Deve-
1966 lopment of Leukemia and Lymphoma.
Ann. N.Y. Acad. Sci. 125(3):794.

31. Groen J. Psychosomatic Research. A Collection
1964 of Papers. Pergamon, London.

32. Groen J. Psychosomatic Aspects of Syndrome
Bastiaans J. Shift and Syndrome Supression.
van der Valk Psychosomatics. Elsevier, Amsterdam.
J H., 1957

33. Haferkamp O. Morbus Crohn und Colitis ulcerosa -
1981 Standortbestimmung: Pathologisch-ana-
tomische Aspekte. Chirurg 52:738.

34. Heberer G. Früherkennung, operative Behandlung
1977 und Ergebnisse beim Kolon- und Rek-
tumkarzinom. Gastroenterol. Reihe 6:
27, Kali-Chemie, Hannover.

35. Heberer G. Chirurgie. 4. Auflage, Springer
Köle W. Verlag, Berlin
Tscherne H.
1984

36. Hellbach R. Der Anus praeter und seine Pflege.
1968 Med. Diss., Erlangen.

37. Helzer J. A Controlled Study of the Association
Stillings W. A. between Ulcerative Colitis and
et al Psychiatric Diagnosis. Dig. Dis. Sci
1982 27, 6: 513.

38. Herfarth C. Morbus Crohn und Colitis ulcerosa
Heil T Standortbestimmung: Chirurgische
1981 Aspekte. Chirurg 52: 749.

39. Isselbacher K Harrisons Principles of Internal
Adams et al. Medicine, Tenth Ed., McGraw Hill.
1984

40. Kim Y. S Ulcerative Colitis. A Specific Mucin
Byrd J. C Defect? Gastroenterol. 87: 1193
1984

41. Klußmann R. Psychologische Probleme bei Stoma
Pfleger H. trägern. Z. Allg. Med. 53: 2035.
1977

42. Klußmann R. Psychosoziale Aspekte des Stomatra-
1984 gers - aus ärztlicher Sicht. Vortrag
101. Kongreß Dt. Gesellsch Chir.
München.

43. Klußmann R. Zustand nach Proktokolektomie bei
1984 Colitis ulcerosa Patienten. Erste
Ergebnisse psychosomatischer Untersu-
chungen zur Frage des Symptomwandels
90. Tagung Dt. Gesellsch. Innere Med
Wiesbaden.

44. Klußmann R. Psychosomatische Probleme des Anus
1977 praeter Trägers. Gastroenterol. Reihe
6: 51, Kali-Chemie, Hannover.

45. Klußmann R. Entzündliche Darmerkrankungen aus
1985 organischer und psychosomatischer
Sicht. Zbl. Chir. 110: 32.

46. Kock N. G. Intra-abdominal Reservoir in Patients
1969 With Permanent Ileostomy. Arch. Surg.
99: 223.
47. Kolb I. C. Disturbance of the Body Image. American
1959 Handbook of Psychiatry: 749, New
York.
48. Küchenhoff J. Psychosoziale Rehabilitation von Anus
1978 praeter Trägern. Med. Diss., Heidel-
berg.
49. Küchenhoff J. Hilfe bei seelischen Problemen von
Wirsching M. Anus praeter Patienten. Verbesserung
1983 der Lebensqualität von Stomaträgern,
ILCO Verlags-GmbH, Freising.
50. Lindemann E. Symptomatology and Management of
1944 Acute Grief. Am. J. Psychiat. 101: 7.
51. Lissner J. Möglichkeiten und Grenzen der Strah-
Becker- lentherapie beim Anal- und Rektumkar-
Gaab C. zinom. Gastroenterol. Reihe 6: 17,
1977 Kali-Chemie, Hannover.
52. Lockhart- Diseases of the Rectum and Colon and
Mummary J. P. Their Surgical Treatment. 2nd. ed.,
1934 Bailliere, Tindall & Co, London.
53. Mörl M. Begleitkrankheiten von Colitis
1981 ulcerosa und Morbus Crohn. Med. Klin.
76: 265.
54. Murray C. D. Psychogenic Factors in the Etiology
1930 of Ulcerative Colitis and Bloody
Diarrhoe. Am. J. Med. Sci. 180: 239.
55. Neumann C. Psychische Besonderheiten von Krebs-
1958 patienten. Z. Psychosom. Med. 5: 91.

56. Öhman U. Colorectal Carcinoma in Patients With
1982 Ulcerative Colitis. *Am. J. Surg.* 144:
344.
57. Podolsky D. K. Glycoprotein Composition of Colonic
Isselbacher K Mucosa. *Gastroenterol.* 87:991
1984
58. Probst M. Die entzündlichen Darmerkrankungen
Ungeheuer E. aus chirurgischer Sicht. *Med. Klin.*
1983 *Prax.* 78, 6:24.
59. Prudden J. F. Psychological Problems Following
1971 Ileostomy and Colostomy. *Cancer*
28:236
60. Pryse- Follow-Up Study of Patients with
Phillips W. Colostomies. *Am. J. Surg.* 122:27
1971
61. Puhl W. Syndromwechsel nach Kolektomie wegen
1968 Colitis ulcerosa. *Med. Diss.*,
Marburg.
62. Schaudig A. Ileumreservoir nach Kock. Verbesse-
1983 rung der Lebensqualität von Stomaträ-
gern, ILCO Verl.-GmbH, Freising.
63. Schilder P The Image and Appearance of the Human
1935 Body. *Studies in the Constructive*
Energies of the Psyche. Kegan Paul,
London.
64. Schmale A. H. The Effect of Hopelessness in the De-
Iker H. P. velopment of Cancer: The Prediction
1964 of Uterine Cervical Cancer in Women
With Atypical Cytology. *Psychosom.*
Med. 26:634.

65. Schmale A. H. The Psychological Setting of Uterine
Iker H. P. Cervical Cancer. Ann. N.Y. Acad. Sci.
1966 125(3): 807.
66. Schmieden V. Die Regelung des Stuhlgangs bei
1929 künstlichem After. Chirurg 1: 1137.
67. Siegenthaler Klinische Pathophysiologie. 5. Aufl.
W., 1982 Thieme Verlag, Stuttgart.
68. Spiegelberg U. Zur Psychosomatik des Syndrom-Wech-
1966 sels. Z. Psychother. med. Psychol.
 16: 1.
69. Thomas C. Psychosocial Morbidity in the First
1984 Three Months Following Stoma Surgery.
 J. Psychosom. Research 28(3): 251.
70. Thomas C. Closeness to Parents and the Family
Duszynski K. Constellation in a Prospective Study
1974 of Five Disease States. Johns Hopk.
 Med. J. 134: 251.
71. Treiman D. J. Occupational Prestige in Comparative
1977 Perspective. Academic Press N.Y.
72. Uexkull T. Lehrbuch der Psychosomatischen Medi-
1981 zin. 2. Aufl. Urban und Schwarzenberg,
 München
73. White B. V. The Effect of Ileostomy and Colectomy
1951 on the Personality Adjustment of
 Patients With Ulcerative Colitis. New
 Engl. J. Med. 15: 537
74. Winkler R. Stomatherapie. Thieme Verlag, Stutt-
1983 gart.

75. Wirsching M. Psychosoziale Rehabilitation von Anus
Drüner H. praeter Trägern. Ein Vergleich von
Hehl F. Krebs- und Colitis ulcerosa - Patien
et al ten. Med. Psychol. 3, 119.
1977
76. Wittich G. H. Die Stellung der Gruppentherapie im
1968 Rahmen der mehrdimensionalen Behand
lung der Colitis ulcerosa. in: Krank
sein in seiner organischen und
psychischen Dimension. Symp. Psychi
atr. und Nervenklin. Univ. Hamburg.
Wiss. Dienst Roche 121.
77. Wolf S. The Central Nervous System Regulation
1966 of the Colon. Gastroenterol. 51: 810
78. Yates V. Further Evidence for an Association
1982 Between Psoriasis, Crohn's Disease
and Ulcerative Colitis. Brit. J. Der
matol. 106: 323.
79. Zander W. Colitis ulcerosa und Morbus Crohn aus
1982 psychosomatischer Sicht. Med. Welt
33, 26: 948.
80. Zerssen D. v. Die Beschwerden-Liste. Beltz Test
1976 GmbH.

Anhang: Fragebogen

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr!

Medizinischer Fortschritt ist nur möglich, wenn die Erfahrungen von Betroffenen in die ärztliche Behandlung mit einbezogen werden. Aus diesem Grunde wenden wir uns heute an Sie mit der Bitte, den folgenden Fragebogen zu beantworten. Sie tragen durch Ihre Mitarbeit direkt dazu bei, die medizinische und psychologische Betreuung vor und nach einer Anus praeter Operation zu verbessern und hierin Ärzte und Patienten zu unterstützen. Auch die Deutsche ILCO e.V. ist auf Ihre Erfahrungen angewiesen, um den Betroffenen sinnvolle Hilfe leisten zu können.

Bitte nehmen Sie sich die ein bis zwei Stunden Zeit, diesen Fragebogen auszufüllen, und schicken Sie ihn anonym im beiliegenden freigemachten Kouvert an uns zurück.

Bitte beantworten Sie alle Fragen, auch die persönlichen. Der Fragebogen ist, wie gesagt, absolut anonym.

Kreuzen Sie bitte immer nur eine Antwort an, außer, wenn ausdrücklich Mehrfachankreuzung erbeten ist.

Wenn keine der vorgegebenen Antworten genau auf Sie zutrifft, wählen Sie bitte die Antwort, die Ihnen am ehesten entspricht. Wenn Sie es wünschen, können Sie Ihre Antworten unter Angabe der Fragennummer auf einem zusätzlichen Blatt erläutern.

Bitte lassen Sie keine Fragen aus. Nur wenn alle Fragen aufrichtig beantwortet sind, ist der Fragebogen auswertbar und von Nutzen für die Patienten, denen mit dieser Umfrage geholfen werden soll.

Für Ihre Mitarbeit und Ihr Engagement danken wir Ihnen im Voraus!

1. Geburtsjahr
2. Geschlecht
3. Familienstand
4. Schulbildung
5. Kinder
6. Beruf
7. Berentung, seit wann?
8. Berufsausbildung
9. Größe des Wohnorts
10. Datum der Operation
11. Zu Grunde liegende Erkrankung
12. Wußten Sie vor der Operation, daß ein Anus praeter angelegt wird?
13. Wußten Sie vor der Operation, was ein Anus praeter ist, wie er funktioniert und versorgt wird?
14. Wurden Sie vor der Operation aufgeklärt über
 - die Art der Operation
 - Risiken der Operation
 - Konsequenzen der Operation
 1. Versorgung des Stomas
 2. seelische Probleme
 3. soziale Probleme
 4. sexuelle Probleme
15. Hat der Chirurg selbst vor der Operation mit Ihnen gesprochen?
 - Wenn ja, wie erschien er Ihnen?
 - freundlich, hilfsbereit
 - gleichgültig, ablehnend
 - Wenn ja, wie lange war das Gespräch?
 - weniger als 5 Minuten
 - 5 - 10 Minuten
 - 10 - 15 Minuten
 - länger als 15 Minuten

16. Wer hat sonst noch vor der Operation mit Ihnen gesprochen? (Mehrfachankreuzung möglich)
 - Stations- oder Assistenzarzt
 - Krankenschwester oder Pfleger
 - Stomatherapeutin
17. Wie lange waren diese Gespräche zusammen?
 - weniger als 5 Minuten
 - 5 - 15 Minuten
 - länger als 15 Minuten
18. Waren nach den Gesprächen alle Ihre Fragen beantwortet?
19. Konnten Sie auch über Ihre seelischen Nöte angesichts der Krankheit und der bevorstehenden Operation sprechen?
20. Wurde die Stelle, wo der künstliche Darmausgang hinkommen sollte, vor der Operation angezeichnet?

Wenn ja, in welcher Körperhaltung?

 - liegend (Mehrfachankreuzung möglich)
 - sitzend
 - stehend
21. Bleibt das Stoma an dieser Stelle?

Wenn ja, wußten Sie das schon vor der Operation?
22. Können Sie ihren künstlichen Darmausgang ohne Schwierigkeiten sehen?
23. Wurde bei der Wahl der Stelle Ihre übliche Kleidung berücksichtigt (z.B. Gürtel)?
24. Empfinden Sie die Lage des Stomas günstig?
25. Wie fühlten Sie sich nach dem Aufklärungsgespräch?
 - ruhig
 - ausgeglichen
 - hoffnungsvoll
 - unruhig
 - gespannt
 - deprimiert

26. Waren Sie mit der Betreuung im Krankenhaus nach der Operation zufrieden?
- ärztliche Betreuung
 - pflegerische Betreuung
 - psychologische Betreuung
 - gab es eine psychologische Betreuung?
27. Werden Sie seit der Entlassung aus der Klinik betreut?
- medizinisch: genügend, ungenügend, gar nicht
 - psychologisch-sozial: genügend, ungen., gar nicht
28. Konnten Sie vor der Operation mit einem anderen Anus praeter - Träger sprechen?
29. Wissen Sie, daß es eine Vereinigung der Stoma Träger namens ILCG gibt?
30. Haben Sie sich der ILCG angeschlossen?
31. Sind sie aktives Mitglied einer Selbsthilfegruppe?
32. Brauchen Sie Ihrem Gefühl nach mehr Hilfe?
- ärztliche (Mehrfachankreuzung möglich)
 - psychologische
 - von Ihren Mitmenschen
 - von der Kirche
33. Wie reagierten Sie, als Sie erfuhren, daß ein Anus praeter angelegt werden muß?
- a) Ich war zutiefst betroffen. Mir war nach Weinen zu Mute. Aber auch die Hoffnung auf Gesundheit war stark in mir.
 - b) Ich war deprimiert und hoffnungslos. Ich hatte Angst, die Operation nicht zu überleben.
 - c) Ich war zuerst etwas schockiert, dachte aber bald: Alles halb so schlimm, hauptsache ich werde wieder gesund.
34. Wie reagierten Sie, als Sie das Stoma zum ersten Mal sahen?
- a) Ich war zutiefst betroffen und dem Weinen nahe.
 - b) Ich konnte den Anblick nicht ertragen und sah weg.
 - c) Ich sah der Krankenschwester zu, um möglichst schnell zu lernen, wie das Stoma versorgt wird.
 - d) Ich hatte das Gefühl eine Krankheit gegen eine andere vertauscht zu haben.

35. In den ersten zwei Wochen nach der Operation war ich
- a) oft traurig, aber ich versuchte, mich bewußt mit meiner neuen Lebenssituation vertraut zu machen.
 - b) sehr deprimiert. Das Leben schien seinen Sinn verloren zu haben.
 - c) sehr deprimiert. Meine einzige Hoffnung war meine Aufgabe in Familie, Haushalt oder Beruf.
 - d) angstvoll. Ich mußte ständig an das Stoma denken.
 - e) meist zuversichtlich. Ich hatte mich mit dem Anus praeter abgefunden.
36. Wie reagierten Sie, als Sie lernen sollten, Ihr Stoma selbst zu versorgen?
- a) Es war mir zuwider und verstärkte meine Depressionen.
 - b) Ich wollte es möglichst lange hinausschieben, weil ich mich noch zu krank fühlte.
 - c) Ich versuchte, mir bald eine bestimmte Ordnung bei der Versorgung anzugewöhnen, um mir so die Arbeit zu erleichtern.
 - d) Ich war guten Willens, die Versorgung zu erlernen, aber manchmal kamen mir die Tränen über meinen veränderten Körper.
 - e) Ich wollte es möglichst schnell alleine können, um unabhängig zu sein.
37. Die Darmoperation war für mich
- a) zwar der Weg zur Gesundheit, aber mein Leben beschränkt sich nun ganz auf meine Aufgaben in Familie, Haushalt oder Beruf
 - b) keine Verbesserung. Ich fühle mich noch genauso krank wie vorher
 - c) auf jeden Fall eine positive Wende in meiner Krankengeschichte.
38. In welchem Raum versorgen Sie Ihr Stoma?
- a) Im Bad oder in der Toilette.
 - b) In einem eigens hierfür vorgesehenen Raum(teil).
 - c) In einem Schlaf- oder Wohnraum
39. Schließen Sie den Raum ab, wenn Sie Ihr Stoma versorgen?
- a) Ja. Es ist mir peinlich, wenn jemand anders dabei ist.
 - b) Ja. Nur so habe ich die Ruhe, mein Stoma richtig zu versorgen
 - c) Nein

40. Ist Ihnen jemand bei der Versorgung behilflich?
- a) Ja Ich bin auf Hilfe angewiesen.
 - b) Manchmal bin ich für Hilfe dankbar, auch wenn ich meist ganz gut alleine zurechtkomme.
 - c) Ich brauche grundsätzlich keine Hilfe bei der Versorgung
 - d) Es ist mir peinlich, wenn mir jemand hilft.
 - e) Ich will damit niemand zur Last fallen.
 - f) Ich habe ein ganz bestimmtes Schema, nach dem ich mein Stoma versorge. Das kann ich am besten allein
41. Wie empfinden Sie die Versorgung Ihres Anus praeters?
- a) Ich werde leicht fertig damit.
 - b) Ich finde es immer wieder deprimierend.
 - c) Ich finde es so ähnlich, wie die Toilette früher.
42. Wie oft wechseln Sie den Beutel?
- a) 1 - 3 Mal täglich.
 - b) Öfter als dreimal täglich.
43. Wann wechseln Sie den Beutel?
- a) Regelmäßig immer um die gleiche(n) Zeit(en).
 - b) Immer, wenn es nötig ist.
44. Welche Hilfsmittel verwenden Sie regelmäßig?
- Hautschutzmittel
 - Abdichtpaste, Karaya
 - Klebespray
 - Filter für Darmgase
 - Aktivkohle
 - Sonstiges
45. Welches Versorgungssystem benutzen Sie?
46. Empfinden Sie Ihren Anus praeter als Krankheit?
47. Haben Sie oft Angst davor, daß andere Menschen Geräusche oder Gerüche Ihres Anus praeters bemerken?
48. Haben Sie verschiedene Versorgungsmöglichkeiten ausprobiert?
- a) Drei oder mehr.
 - b) Weniger als drei verschiedene.

49. Wer weiß, daß Sie Stoma-Träger sind?
- a) Nur Familienmitglieder.
 - b) Jeder, der es wissen will.
 - c) Die Menschen, mit denen ich häufig zusammen bin, denn nur so können Sie meiner Krankheit Verständnis entgegenbringen.
 - d) Es geht niemand etwas an, daß ich Stoma-Träger bin.
50. Genügt manchmal eine Stomakappe oder ein Tuch zur Versorgung? Können Sie die Stuhlentleerungen regulieren? Irrigation? Kock'sche Tasche? Schließmuskelerersatzplastik? Magnetverschluß?
51. Wie oft reinigen Sie die Haut um das Stoma gründlich?
- a) Regelmäßig, bei jedem Beutelwechsel.
 - b) Unregelmäßig, wenn es mir nötig erscheint.
52. Fühlen Sie sich sicher mit der Versorgung des Stomas?
- a) Auch mit allen Hilfsmitteln fühle ich mich fast nie sicher.
 - b) Ich bin nur selten sicher, aber ich lasse es mir nicht anmerken.
 - c) Ich fühlte mich von Anfang an sicher.
 - d) Am Anfang fühlte ich mich wie ein kleines Kind, das wieder in die Hose macht, aber inzwischen fühle ich mich sicher.
 - e) Ich habe mir inzwischen ein bestimmtes Versorgungsschema angeeignet, mit dem ich recht sicher bin.
53. Wie empfinden Sie Ihren körperlichen Zustand?
- a) Gesund und kräftig.
 - b) Die Hoffnung auf vollständige Gesundheit habe ich aufgegeben.
 - c) Über meine Gesundheit mache ich mir wenig Gedanken.
 - d) Ich fühle mich noch genauso krank wie vor der Op.
 - e) Die Veränderung meines Körpers durch den Anus praeter macht mir sehr zu schaffen.
54. Ist die Haut um das Stoma gerötet, entzündet, wund oder gar offen?
- a) oft
 - b) selten

55. Wie ist Ihre Stimmung zur Zeit?
- a) Ich bin fast immer niedergeschlagen.
 - b) Ich bin meistens wohlauf. Wenn Probleme auftauchen, versuche ich, sie mir bewußt zu machen und sie zu meistern
 - c) Ich fühle mich immernoch krank.
 - d) Meine Stimmung ist gut, wenn ich mich gebraucht fühle.
 - e) Ich muß dauernd an den Anus praeter denken.
 - f) Seit ich mich mit dem Anus praeter abgefunden habe, bin ich immer guter Laune.
56. Haben Sie jemals daran gedacht, sich wegen des Stomas das Leben zu nehmen?
57. Gibt es Momente, in denen Sie ganz vergessen, daß Sie einen Anus praeter haben?
- a) Ja, ich denke fast nie daran. Ich bin viel zu beschäftigt.
 - b) Manchmal. Durch meine Aufgaben in Haushalt oder Beruf werde ich davon abgelenkt.
 - c) Selten.
58. Der Preis "Anus praeter" war für die Wiedererlangung der Gesundheit
- a) zu hoch.
 - b) nur schwer ertragbar.
 - c) auf jeden Fall ertragbar.
 - d) Ich habe die Gesundheit durch die Operation nicht wiedererlangt.
59. Was betrachten Sie zur Zeit als Ihren wichtigsten Lebensinhalt?
- a) Versorgung von Haushalt, Familie oder Kindern.
 - b) Beruf und Anerkennung in der Gesellschaft
 - c) Meine Krankheit hindert mich daran, darüber nachzudenken.
 - d) Es fällt mir schwer, noch einen sinnvollen Lebensinhalt zu finden.
 - e) Das Leben intensiv erleben, gute Partnerschaft mit dem (Ehe)Partner, gute zwischenmenschliche Beziehungen.
 - f) Zuerst einmal den Anus praeter optimal zu versorgen und dadurch volle Gesundheit zu erlangen.
60. Haben Sie Ihrem Stoma einen Namen gegeben? Welchen?

61. Wie ist/war Ihre Beziehung zu Ihren Kollegen nach der Operation?
- a) Gut. Über mein Stoma wird grundsätzlich nicht gesprochen.
 - b) Gut. Ich kann mit einigen auch über Schwierigkeiten sprechen, die ich wegen meines Stomas im Beruf habe.
 - c) Eher weniger gut. Meine Behinderung stößt auf wenig Verständnis, obwohl ich versuche, mir nichts anmerken zu lassen.
 - d) Schlecht. Ich bin kein vollwertiger Mitarbeiter mehr.
 - e) Ich bin seit der Operation berentet.
62. Wie gestalten Sie Ihre Freizeit?
- a) Ich bin wie schon immer sehr aktiv.
 - b) Ich bin aktiver als vor der Operation, weil ich mich wieder ganz gesund fühle.
 - c) Ich bin weniger aktiv. Der Anus praeter lähmt mich.
 - d) Ich habe wenig Freizeit, weil ich ganz in meinen häuslichen oder beruflichen Verpflichtungen aufgehe.
 - e) Auch in meiner Freizeit beschäftigen sich meine Gedanken oft mit dem Anus praeter.
63. Treiben Sie Sport?
- a) Ja. Ich fühle mich sogar kräftiger als vor der Op.
 - b) Ja. Durch den Anus praeter hat sich nichts geändert.
 - c) Nein. Sport kommt für mich nicht mehr in Frage.
 - d) Nein. Ich habe an Sport kein Interesse.
 - e) Nein. Das würde die Versorgung des Stomas erschweren.
64. Können Sie seit der Operation verreisen?
- a) Ja. Der Anus praeter hat damit nichts zu tun.
 - b) Ja, wenn ich die nötigen Vorkehrungen treffe.
 - c) Nein. Das ist zu schwierig. Ich bin auch nicht in der richtigen Stimmung dazu.
 - d) Nein. Unterwegs kann ich mein Stoma nicht richtig versorgen.
 - e) Nein. Meine Aufgaben liegen jetzt im Haushalt/Beruf.
 - f) Nein. Dazu fühle ich mich noch zu krank.

65. Wie ist Ihre Beziehung zu Ihrer Familie?
- a) Mindestens so gut wie vor der Operation. In Bezug auf meinen Anus praeter finde ich Unterstützung
 - b) So gut wie früher. Über mein Stoma wird nicht gesprochen
 - c) Ich bin zufrieden damit. Ich habe ja schließlich meine Aufgabe.
 - d) Eher schlechter als früher. Ich habe manchmal das Gefühl, nicht mehr für vollwertig gehalten zu werden.
 - e) Meine Krankheit hindert mich an einer intensiven Beziehung zu meiner Familie
 - f) Seit meiner Operation ist meine Familie in meinen Gedanken irgendwie in den Hintergrund getreten.
66. Wie ist Ihre Beziehung zu Ihren Freunden?
- a) Ich habe einen oder mehrere gute Freunde, die mir nach der Operation sehr geholfen haben, mich wieder zurecht zu finden. Die Beziehung ist auch jetzt noch innig.
 - b) Ich habe genauso viele Freunde und Bekannte wie vor der Operation. Die meisten wissen nicht einmal, daß ich Stoma-Träger bin.
 - c) Wozu brauche ich Freunde. Ich habe ja meine Familie.
 - d) Ich habe seit der Operation einige Freunde und Bekannte verloren.
 - e) Ich kann zu meinen Freunden seit der Operation einfach keine intensive Beziehung mehr herstellen
 - f) Leider kann ich wegen meiner Krankheit keine intensiven Freundschaften mehr pflegen.
67. Wie oft besuchen Sie Freunde oder Bekannte?
- a) Genauso oft wie früher oder öfter als vor der Operation.
 - b) Seltener als früher. Mir fehlt dazu der Schwung.
 - c) Seltener als früher. Meine Krankheit hindert mich daran.
68. Wie oft werden Sie von Freunden oder Bekannten besucht?
- a) Genauso oft wie früher oder öfter als vor der Operation.
 - b) Seltener. Wer soll mich denn schon besuchen.
 - c) Seltener. In meinem jetzigen Zustand kann ich keinen Besuch empfangen.

69. Fühlen Sie sich im Vergleich zu vor der Operation oft einsam?
- a) Ja
 - b) Manchmal. Meine Aufgabe in Familie/Beruf hilft mir darüber hinweg.
 - c) Nur selten. Wenn ich Einsamkeit verspüre, kann ich mich an Freunde oder Familie wenden und mich aussprechen.
 - d) Nie. Ich bin doch ständig mit anderen Menschen zusammen.
 - e) Ich glaube, daß der Anus praeter an meiner Einsamkeit schuld ist.
70. Wie oft gehen Sie ins Kino/Theater/Restaurant/Veranstaltungen?
- a) Öfter oder genausooft wie vor der Operation.
 - b) Seltener. Ich bin nicht in der richtigen Stimmung dazu.
 - c) Seltener. Ich gehe ganz in meinen Verpflichtungen auf.
 - d) Seltener. Mein körperlicher Zustand erlaubt es nicht.
71. Verspüren Sie manchmal einen StuhlDrang so wie früher?
72. Wie ist Ihre Beziehung zu Ihrem (Ehe)Partner?
- a) Meine Krankheit stellt für meinen Partner eine kaum zumutbare Belastung dar.
 - b) Die Beziehung ist abgekühlt. Ich muß ja nun meinen Anus praeter versorgen, und dafür hat mein Partner kein Verständnis.
 - c) Sie ist abgekühlt. Seit ich das Stoma habe, fühle ich mich nicht mehr als vollwertiger Partner.
(z. B. im Sexuellen)
 - d) Sie ist gleich geblieben. Ich versuche, mir meine körperliche Veränderung nicht anmerken zu lassen.
 - e) Sie ist gleich geblieben. Mein Stoma hat damit nichts zu tun.
 - f) Sie ist inniger als vor der Operation. Wir haben gemeinsam meine Krankheit überwunden und dadurch ein intensives Vertrauensverhältnis aufgebaut.
73. Sprechen Sie mit Ihrem Partner über sexuelle Probleme, die durch den Anus praeter bedingt sein könnten?
- a) Ja.
 - b) Nein. Es ist mir peinlich und hat doch keinen Sinn.
 - c) Nein. Wir sind auch so zufrieden.
 - d) Nein. Solche Probleme sind bisher nicht aufgetaucht.

74. Haben Sie zur Zeit Intimkontakt mit Ihrem Partner?
- a) Ja. Öfter als vor der Operation.
 - b) Ja. Wie vor der Operation.
 - c) Ja. Seltener als vor der Operation.
 - d) Nein. Seit der Operation nicht mehr. Einer von uns oder beide möchten es nicht.
 - e) Nein. Seit der Operation nicht mehr. Mit dem Anus praeter ist es nicht möglich.
 - f) Nein. Wir hatten vor der Operation auch keinen mehr.
75. Haben Sie eines der folgenden sexuellen Probleme?
- einer von uns oder beide haben zu wenig Verlangen nach Intimkontakt.
 - die Gefühle sind abgeschwächt, oder kein Höhepunkt.
 - vorzeitiger Samenerguß
 - ich muß beim Intimkontakt oft an den Anus praeter denken.
 - mit dem Anus praeter ist der Intimkontakt nur schwer möglich.
 - sonstige Probleme:.....
76. Ist bei Ihnen seit der Operation eine der folgenden Krankheiten oder Beschwerden
- neu aufgetreten.
 - verstärkt hervorgetreten (war aber schon vor der Operation vorhanden).
 - wann zum ersten Mal (möglichst genaues Datum)?

Chronische Erkältungen

Chronische Bronchitiden

Juckreiz (außer Stomabereich)

Hautveränderungen (außer Stomabereich)

Herpes

Herzbeschwerden

Bluthochdruck

Krämpfe

Asthma

Magen/Zwölffingerdarmgeschwüre

Häufiges Erbrechen

Häufige Durchfälle

Starke Gewichtszunahme

Starke Gewichtsabnahme

Rheumatische Beschwerden

Gelenkschmerzen

Allergien

Migräne

Diabetes

Gicht
 Gallenleiden
 Menstruationsbeschwerden

77. Waren Sie seit Ihrer Operation wegen irgendwelcher Beschwerden beim Arzt, die nicht mit dem Stoma zusammenhängen?
- wenn ja, wegen welcher Beschwerden?
 - wenn ja, wann?
- waren Sie insbesondere seit der Operation in psychotherapeutischer Behandlung?

Für die folgenden 59 Fragen versuchen Sie bitte, sich an Ihre körperliche und seelische Verfassung wenige Wochen vor Ihrer Darmoperation zu erinnern. Bitte lassen Sie keine Fragen aus, auch wenn Ihre Erinnerung an die damalige Zeit nur noch schwach ist.

Fragen 78 bis 125: Beschwerden-Listen "BL" und "BL'"

Ich litt zur damaligen Zeit unter folgenden Beschwerden:

stark mäßig kaum gar nicht

- 126. Einsamkeit
- 127. Großes Mißtrauen
- 128. Unselbständigkeit,
Abhängigkeit
- 129. Unfähigkeit,
rational zu denken
- 130. Gefühllosigkeit
- 131. Niedergeschlagenheit
- 132. Angst vor dem
Alleinesein
- 133. Unbegründete Furcht
vor bestimmten Dingen
- 134. Innere Leere

135. Minderwertigkeitsgefühle

136. Schuldgefühle

In den folgenden 59 Fragen beschreiben Sie nun bitte Ihre derzeitige körperliche und seelische Verfassung.

Fragen 137 bis 184: Beschwerden-Listen "BL" und "BL"

Fragen 185 bis 195: Wiederholung der Fragen 126 bis 136

196. Wieviel Alkohol nehmen/nahmen Sie zu sich?
(möglichst genaue Angaben über Art und Menge der Getränke)
- vor der Operation täglich etwa....
- zur Zeit täglich etwa....

197. Rauchen oder rauchten Sie?
(möglichst genaue Angaben über Art und Menge der Tabakwaren)
- vor der Operation täglich etwa....
- zur Zeit täglich etwa....

198. Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein (auch Schlaftabletten!)? Wieviel? Wieoft?

199. Haben Sie zur Zeit eine der folgenden Komplikationen an Ihrem Stoma?
- Retraktion - Einziehung
- Prolaps - Vorfall
- parastomale Hernie - Bruch
- Stenose Verengung
- Fisteln
- Abszesse
- sonstige Komplikationen

200. Bitte machen Sie zusätzliche Angaben, die Ihnen von Interesse erscheinen. Wenn Sie es wünschen, können Sie Ihre angekreuzten Antworten zu bestimmten Fragen unter Angabe der Fragennummer erläutern. Oder schreiben Sie einfach Ihre Meinung zu diesem Fragebogen. Sie können auch ein zusätzliches Blatt einlegen.

Fragen 201 - 240: Gießen-Test

Lebenslauf

Name: Andreas Christian Sönnichsen

Geburtsdatum: 3. Juni 1957

Geburtsort: Hamburg

Eltern: Oskar Sönnichsen, Architekt
Anneliese Sönnichsen, Hausfrau

Familienstand: verheiratet mit Carola Sönnichsen
seit 4. März 1983

Kinder: Daniel, geb. 19. Juni 1983
Manuela, geb. 15. Mai 1985

Schulbildung: 1963 - 67 Grundschule Lochham
1967 - 74 Karlsgymnasium München-Pasing
(humanistisches Gymnasium)
1974 - 75 Horace Greeley High School,
Chappaqua, New York
1975 - 76 Karlsgymnasium München-Pasing
24. Juni 1976 Abitur

Bundeswehr: 1976 Juli bis Oktober

Zivildienst: 1977 - 78

Studium: 1978 Studienaufenthalt in Mittelamerika
1979 - 80 Premedicine, Illinois Wesleyan
University, Bloomington, Illinois
1980 Tätigkeit als Krankenpfleger in der
Rheinischen Landeslinik, Bonn (Psychiatrie)
1980 - 86 Studium der Humanmedizin an der
LMU - München
März 1982 Ärztliche Vorprüfung
März 1983 Erstes Staatsexamen
März 1985 Zweites Staatsexamen
April/Mai 1986 Drittes Staatsexamen
Mai 1986 Approbation als Arzt

